

REPÚBLICA DEL ECUADOR

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
NACIONALES**



**SALUD REPRODUCTIVA Y
DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE.**

Tesis presentada como requisito para optar al Título
De Máster en Seguridad y Desarrollo

Autora :Dra. Eugenia Taco Naranjo
Asesora: Dra. Nancy Cisneros de Villalba

Quito, mayo del 2000



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICATORIA

A mi esposo e hijos por
ser las personas más importantes
en mi vida y por su apoyo incondicional
mientras permanecí en el curso



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

AGRADECIMIENTO

Al Ministerio de Salud Pública por haberme distinguido con el auspicio para asistir como cursante de un Instituto de tan alto prestigio.

A la Dra. Nancy Cisneros, por su valiosa asesoría y paciencia demostrada durante la elaboración de esta tesis.

EUGENIA TACO NARANJO

INDICE GENERAL

Página.

LISTA DE CUADROS	
LISTA DE GRAFICOS	
INTRODUCCIÓN	
.....	1

CAPITULO I

SALUD REPRODUCTIVA

1.1. Salud reproductiva, una nueva orientación	
.....	9
1.2. Sexualidad y salud reproductiva	
.....	14
1.3. Variables demográficas y su influencia	
.....	17
en la conductas sexuales	
1.4. Situación Demográfica y los cambios	
.....	25
más importantes en relación con la salud reproductiva.	

CAPITULO II

PERFIL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

2.1.	Morbilidad y mortalidad materna	33
2.2.	Mortalidad e infantil	41
2.3.	Atención Prenatal, parto	49
2.4.	Fecundidad y Planificación familiar	53
2.5.	El aborto	56
2.6.	Cáncer Cérvico Uterino	61
2.7.	Infecciones de Transmisión sexual	63
		Página
2.8.	Violencia contra la mujer	65
2.9.	Adolescencia	67

CAPITULO III

DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3.1.	Los derechos de la mujer son derechos humanos	72
3.2.	Derechos sexuales y reproductivos.....	79
3.3.	Relaciones de género y equidad	82
3.4.	Inequidades sociales	85

CAPITULO IV

DESARROLLO HUMANO

4.1.	Definición	92
4.2.	Desarrollo Humano Sustentable	95
4.3	Medición del Desarrollo Humano en el Ecuador	98
4.4.	Indicadores de Desarrollo Humano	100
4.5.	Pobreza y Salud Reproductiva	104

CAPITULO V

POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA ORIENTADAS AL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

5.1.	Avances en políticas y programas	115
5.2.	Marco legal. Las reformas constitucionales	125
5.3.	Experiencias de políticas de salud reproductiva	129
	en países desarrollados	
5.4.	Declaraciones de políticas de salud reproductiva	132
5.5.	Cómo desarrollar Políticas de salud reproductiva	135
	orientadas al desarrollo humano sustentable.	

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1	Comprobación de Objetivos e Hipótesis	138
-----	---------------------------------------	-----



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

6.2.	Conclusiones	
.....		143
6.3.	Recomendaciones	
.....		148
	Bibliografía	
.....		
		154

LISTA DE CUADROS

Cuadro

Página

1	Estructura de la Población por Género	30
2.	Diez principales causas de mortalidad infantil, Ecuador 1999	47
3.	Atención Prenatal por área, región, instrucción de la madre y nivel socioeconómico	51
4.	Ubicación de los países latinoamericanos según el índice de Desarrollo Humano en el año 2000	101
5.	Esperanza de vida al nacer en el Ecuador, 1974 . 1998	102
6.	Indicadores de Desarrollo Humano en países Desarrollados y Ecuador, Año 1998.	102
7.	Tasas de Analfabetismo de la población de 15 y más años por área y sexo, Ecuador, 1982 . 1998.	104
8.	Relación entre el PNB por Habitante y la Salud Reproductiva en Asia Central y en Europa Occidental. 1998	108

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico

Página

1 Tasa de fecundidad en América Latina 1950- 2000 .	29
2 Mortalidad materna en las Américas 1998	37
3. Tasa de mortalidad materna en el Ecuador por quinqueños 1970- 1999	38
4.Causas de mortalidad materna, Ecuador, 1998	39
5 Mortalidad infantil en el Ecuador, 1960 . 1998	43
6 Mortalidad Infantil por Región y por Área, Ecuador, 1998	44
7 Mortalidad infantil según grado de instrucción de la madre	45
8. Uso de Métodos anticonceptivos por niveles de instrucción, 1999 ..	56
9. Incidencia de la Pobreza e Indigencia, Ecuador	106



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

AURORIZACION DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios nacionales la publicación de esta tesis, de su bibliografía y anexos como artículos de revista o como artículos para lectura seleccionada

Dra. Eugenia Taco Naranjo

INTRODUCCIÓN

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en septiembre de 1994, marca un hito fundamental para la transformación, no solo de los conceptos y contextos, sino de las actitudes de los gobiernos y de la propia población en la búsqueda de mejores condiciones de vida y de salud reproductiva de mujeres, hombres, adolescentes y niños y niñas, como parte importante del desarrollo sostenible de las poblaciones. En esta conferencia se definió a la salud reproductiva de la siguiente manera:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.¹

¹ United Nations Population Fund. Program of Acción: Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. 1995

Se entiende que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y una parte integral del desarrollo humano, comienza con la preparación antes de la concepción para tener un hijo sano y propone que la atención del embarazo, el parto y el puerperio no debe entrañar riesgos para la madre, el lactante ni la familia. Forma parte del niño pequeño, a medida que se desarrollan las actitudes que tienen que ver con las relaciones entre los sexos, el comportamiento sexual y la reproducción, del adolescente, a medida que los conocimientos y las actitudes se manifiestan en práctica y se busca protección contra las enfermedades de transmisión sexual, y del adulto, cuando hay que fomentar comportamientos sexuales saludables para el establecimiento de su familia y cuando existen posibilidad de que surjan problemas crónicos. La salud reproductiva sigue teniendo importancia en las personas de edad a medida que ocurren cambios hormonales y en las relaciones familiares.

Por definición, la salud reproductiva supone la puesta en práctica de programas que determinan las actividades de promoción y prevención, así como la prestación de servicios de salud reproductiva, integrales e integrados para cada etapa de la vida y que, al mismo tiempo preparan a los individuos y sus familias a afrontar las dificultades de las siguientes etapas.

Además de la concentración en el ciclo de vida y en el desarrollo humano, la definición ampliada de salud reproductiva requiere que los individuos, la familia, la comunidad y los grupos de población participen en las decisiones que atañen a su propia vida. Reconoce la necesidad de aplicar métodos intersectoriales por los cuales se incorpore a ONG, grupos privados.

Por otra parte, desde hace tiempo se reconoce que el aumento de las oportunidades económicas y los niveles educativos se correlaciona directamente no solo con el estado de salud en general, y salud reproductiva en particular, sino con el acceso a los servicios de salud y su utilización. La pobreza y la educación han evidenciado su importancia para la salud. Con respecto a la salud reproductiva, a medida que el nivel educativo aumenta las mujeres tienen menos hijos y acrecientan su aportación a la base económica y social de la familia. La mujer adquiere poder de decisión y disfruta de una mayor calidad de vida, además, aspira a que sus hijos alcancen un nivel educativo más alto, lo cual contribuye al desarrollo global tanto de la familia como del país.

El tradicional enfoque individual atribuido a la reproducción humana y la falta de políticas de Estado, han limitado su comprensión y la importancia de su papel social. Actualmente, la salud reproductiva rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo desde una perspectiva individual hasta una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social.

Los factores que constituyen el capital humano, buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento del status de la mujer impactan en el crecimiento de la población, contribuyendo directamente al desarrollo global de los países.

El concepto de desarrollo humano, propuesto por el PNUD, forma parte de los esfuerzos por superar la estrecha identificación de desarrollo y crecimiento económico, y se define como ~~el~~ proceso de ampliar la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de

educación, salud, ingreso y empleo, y abarcando el espectro total de opciones humanas, desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas políticas.² Esta concepción, que rescata al ser humano como el objetivo central del desarrollo, centra, entre sus metas, la superación de la pobreza, el alcance de una distribución más equitativa de los recursos económicos, y la satisfacción de las necesidades humanas. El proceso de desarrollo adquiere así una perspectiva global, basada en el alcance de condiciones mínimas para la realización de la dignidad humana, en donde las condiciones sociales, económicas y ambientales se integran y complementan. En esta concepción el crecimiento económico aparece como una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo.

Dentro de este marco referencial, la orientación ampliada de la salud reproductiva requiere cambios de la forma que se formulan las políticas y se planifican los servicios de salud a fin de promover los procesos de desarrollo, fomentar modos de vida sanos y proporcionar servicios que respondan a las necesidades de salud reproductiva del país, al tiempo que permiten avanzar en lo tocante a la equidad, la eficiencia y la eficacia. Es imperioso difundir y analizar este concepto nuevo e integrado de la salud reproductiva, cuya aplicación en la práctica se apoya en los valores y cultura de cada país, reconoce las diferencias, respeta los derechos de todos y fortalece un proceso de aprendizaje dentro de la familia, el grupo de referencia, la cultura y la sociedad para promover el desarrollo humano y la salud para todos. Además, exige que los servicios de salud consideren la

² PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2000.

calidad de la asistencia que prestan como uno de los elementos principales de los cambios que se necesita efectuar.

Esta investigación, a través de un análisis bibliográfico, documental y estadístico de la salud reproductiva, desde su nueva concepción, y su responsabilidad con el desarrollo humano, me permitió formular políticas de Estado orientadas al mejoramiento de la salud reproductiva y que finalmente, contribuirán al bien común y a la consecución y mantenimiento de los Objetivos Nacionales Permanentes de Justicia Social, Integración Nacional, Desarrollo integral y Seguridad.

La presente tesis consta de seis capítulos a través de los cuales se desarrolla los siguientes temas.

En el capítulo I, la salud reproductiva desde su nueva orientación, la sexualidad y la salud reproductiva, las variables demográficas y sus influencias sexuales y, la situación demográfica y los cambios más importantes en relación con la salud reproductiva

En el capítulo II se realiza un análisis del perfil de la salud reproductiva dentro del contexto mundial, regional y nacional a través de indicadores de morbilidad y mortalidad materna, mortalidad infantil, atención del embarazo y del parto, fecundidad y planificación familiar, el aborto abordado como un problema de salud pública; Cáncer de cuello uterino como una amenaza para la salud de la mujer; Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y su influencia en la sociedad, la violencia contra la mujer, como un problema que afecta a las mujeres y niñas de todas las culturas; y, la adolescencia como un periodo de la salud reproductiva de gran

trascendencia por sus repercusiones en la salud futura del hombre y la mujer.

En el capítulo III, se analiza los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos; relaciones entre género y equidad ; e inequidades sociales.

En el capítulo IV, recoge las definiciones básicas de desarrollo humano; desarrollo humano sustentable y su relación con la salud reproductiva; medición del índice de desarrollo humano e indicadores del desarrollo humano, a través de sus tres componentes: longevidad (esperanza de vida), conocimiento (tasa combinada de matriculación) y calidad de vida (disponibilidad de recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente); y pobreza y salud reproductiva.

En el capítulo V, se realiza un análisis de los avances de políticas y programas existentes dentro del campo de la salud reproductiva; el marco legal y las reformas constitucionales existentes en el país; experiencias de políticas en salud reproductiva en países desarrollados, para finalizar el capítulo con la formulación de políticas de salud reproductiva.

Finalmente, los resultados de la investigación se recopilan en el capítulo VI dedicado a las Conclusiones y recomendaciones. Aquí se verifica el cumplimiento de los objetivos y la comprobación de las hipótesis planteadas al iniciar este estudio. Me permito recomendar a las instituciones y organismos responsables de la prevención, promoción y atención de la salud reproductiva, algunas acciones que considero permitirán fortalecer los programas y políticas de la salud reproductiva en el país a fin de lograr el

bienestar común de niñas, niños, de las/los adolescentes, hombres y mujeres.

II. HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

- La aplicación de Políticas de Estado, orientadas a mejorar la salud reproductiva influenciada por educación, condición económica, equidad de género y servicios de salud, contribuirá a alcanzar un Desarrollo Humano Sustentable.

HIPÓTESIS PARTICULARES

- La investigación y análisis de indicadores de salud reproductiva y sus determinantes permitirán formular políticas de Estado en el orden social que beneficien a la población ecuatoriana, a sus familias y a las futuras generaciones.
- Los indicadores de esperanza de vida, porcentaje de alfabetización y situación económica, reflejada en el ingreso per cápita, están en relación directa con la calidad de salud reproductiva y el grado de desarrollo humano.

III: OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar una propuesta de políticas de Estado en salud reproductiva que contribuya a elevar el índice de desarrollo humano en el Ecuador, de manera especial de la población ubicada en áreas rurales y urbano marginales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los indicadores y sus determinantes de salud reproductiva y desarrollo humano en el contexto mundial, regional y en el Ecuador
- Analizar las políticas de salud reproductiva existentes

CAPITULO I

SALUD REPRODUCTIVA

1.1 SALUD REPRODUCTIVA: UNA NUEVA ORIENTACION

Uno de los avances más importantes que se ha producido en las últimas décadas es el referente a la salud reproductiva, que pasa de la atención y enfoque individualizado, de alta especialidad y con una visión puramente clínica, a procesos integrales de atención para grandes grupos de población, con un enfoque social y de desarrollo humano.

Los aspectos sociales, de desarrollo humano y de derechos humanos, y dentro de ellos los sexuales y reproductivos, adquieren gran relevancia en este nuevo enfoque, situando a la persona como el actor y receptor principal y centro de los esfuerzos. Todo esto, para asegurarle una adecuada salud reproductiva, un equilibrado estado de salud física, mental y su desarrollo global, favoreciendo de esta manera el desarrollo humano sostenible de la población en el tiempo y en el espacio.

En este contexto y bajo esta nueva visión, la salud reproductiva se convierte en un proceso social de construcción de individuos, familias y grupos comunitarios; de creación de nuevas culturas de salud y de desarrollo institucional, acordes con el desarrollo humano y con la responsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones.

Como parte del desarrollo humano, se ocupa de promover y mantener una sexualidad sana, basada en conductas y estilos de vida saludables, así como en fuertes procesos educativos que hacen posible el desarrollo integral bio-psico-socio-cultural adecuado, asegurando el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos en pro de mejores niveles de salud y de vida.

Como responsabilidad social, el nuevo enfoque de la salud reproductiva se preocupa de la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres, entre poblaciones urbanas y rurales, respetando las diferencias culturales, étnicas y de desarrollo.

La nueva conceptualización de la salud reproductiva busca que se dé un equilibrio entre las acciones de promoción, prevención y rehabilitación, asegurando el acceso universal a servicios de salud de calidad, con una verdadera dinámica entre la población y el medio ambiente.

Asimismo, la salud reproductiva procura una participación activa y efectiva del hombre dentro de todos los procesos de la vida y responsabilidad sexual y reproductiva, dando al varón la posibilidad de opciones para un cambio de percepciones y actitudes hacia estos procesos. Vela para que el hombre, al igual que la mujer, tenga acceso a la información, educación y servicios, así como para que puedan ejercer sus derechos y responsabilidades individuales dentro de su familia y comunidad.

Para que todo esto sea posible ha sido necesario que los países, sus políticos, los encargados de la toma de decisiones y los técnicos reflexionen sobre los aspectos de salud reproductiva, para que puedan surgir nuevos enfoques de intervención y se considere la salud reproductiva

como eje prioritario de la salud pública de los pueblos y como elemento que debe entenderse para la búsqueda del desarrollo de los países.

Es así como la Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo, realizada en el Cairo, en septiembre de 1994, marca un hito fundamental para la transformación, no sólo de los conceptos y contextos, sino de las actitudes de los gobiernos y de la propia población en la búsqueda de mejores condiciones de vida y de salud reproductiva de mujeres, hombres, adolescentes y niños, como parte importante del desarrollo sostenible de las poblaciones.

Los elementos contenidos en el concepto de salud reproductiva se han ido reelaborando a través del tiempo y modificándose desde una visión simplista, medicalizada, fragmentada e individual hasta llegar a una visión amplia, compleja e integral.

El nuevo concepto de salud reproductiva surge en la Cuarta conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994, como un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo y al de la salud sexual como una forma de desarrollo de vida. Además, este nuevo concepto incluye derechos humanos para la libre decisión de tener el número de hijos deseados y el espaciamiento entre ellos, y sobre todo de disponer de la adecuada información para alcanzar el más alto nivel de salud³.

El tradicional enfoque individual atribuido a la reproducción humana, ha limitado su comprensión y la importancia de su papel social. Actualmente,

³ Temáticas de Salud Pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva. OPS/OMS. FNUAP

la salud reproductiva rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo desde una perspectiva individual hasta una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social.

La nueva dimensión de la salud reproductiva parte del derecho que tienen todas las personas a una sexualidad plena y enriquecedora como elemento importante para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y como una responsabilidad individual, familiar y social que aporta significativamente a la búsqueda de una mejor calidad de vida y a la capacidad de desarrollo social.

Este nuevo concepto de la sexualidad humana y de la salud reproductiva como elementos importantes de la salud de la población, trasciende el tradicional concepto de atención madre-niño y se orienta más al análisis de las diferencias de sexo, la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirido.

Estas nuevas perspectivas de la salud reproductiva, como se anotó anteriormente, son rescatadas por las últimas conferencias internacionales, otorgando valor a los derechos reproductivos como una manera de eliminar la discriminación contra la mujer y garantizando a ella y a las parejas el derecho humano de definir el tamaño y la estructura de sus familias, así como el derecho a la igualdad, que permite a las mujeres tomar decisiones efectivas para ellas y sus familias.

Otro elemento que se añade dentro de la nueva visión de la salud reproductiva, se refiere a que su análisis no se orienta exclusivamente a

aquella parte que se ocupa únicamente de los procesos del hombre y de la mujer en la edad reproductiva, sino que abarca el conocimiento del estado de salud desde la niñez, pasando por la pubertad y la adolescencia, así, como de las consecuencias futuras en su edad adulta y en la vejez

La salud reproductiva considera el derecho de todas las personas a disponer de acceso universal a servicios de salud de calidad, sin discriminación de raza, color o sexo, así como el derecho a la educación, información, consejería y orientación respecto a su sexualidad y salud reproductiva, siempre dentro de los más altos niveles de confidencialidad, privacidad y ética.

Esta nueva forma de considerar la salud reproductiva hace que sea un proceso fuertemente asociado al desarrollo de la mujer dentro de todos los ámbitos de acción, teniendo repercusiones importantes desde el inicio de su vida y a lo largo de la misma.

Por ello, el adecuado control prenatal, un nacimiento sin riesgo, un periodo de crecimiento y desarrollo sanos, un buen acceso a la educación y una adecuada nutrición, aseguran el capital humano, a través de la responsabilidad del hombre y de la mujer en calidad de padre y madre.

Dentro de este enfoque, el mejoramiento de la salud reproductiva y de las opciones a una buena orientación y atención, así como una disponibilidad de servicios, contribuyen directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia, produciendo un desarrollo del capital humano de ella como mujer y como madre y de sus hijos. Por lo tanto, la adecuada salud reproductiva se convierte en un elemento que contribuye al desarrollo humano sustentable.

Esto implica privilegiar la prevención, es decir, que la vida de las mujeres no debe estar expuesta a peligros o riesgos de enfermar o morir por causa de un embarazo, un aborto mal practicado, una gran multiparidad o por las complicaciones de una enfermedad como el cáncer o las transmitidas sexualmente. Además, implica el derecho a tener una vida segura desde su concepción, crecimiento y desarrollo, y a disponer de un acceso oportuno y eficiente a todos los servicios de salud que requiera durante su vida, especialmente durante el periodo reproductivo.

Con este nuevo enfoque, la salud reproductiva no es responsabilidad sólo del sector salud, las condiciones de salud y especialmente de salud reproductiva de los pueblos son resultado de factores como el desarrollo económico y los niveles de pobreza, el desarrollo social y su articulación con el medio ambiente, las oportunidades de empleo y la promoción de la mujer, el comportamiento individual en lo sexual y reproductivo, el crecimiento y desarrollo armónico de las personas y sobre todo de las niñas, especialmente en sus características nutricionales, niveles de educación y compromiso de las poblaciones. Todo ello indica que la salud reproductiva es responsabilidad multisectorial y de trabajo interdisciplinario.

1.2. SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

Para hablar de sexualidad y salud reproductiva es necesario conocer sus significados lo que permitirá comprender sus relaciones y coincidencias.

Según Anameli Monroy, la sexualidad constituye el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que permite

comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres.

Eduardo Maldonado, indica que la sexualidad es un componente de la personalidad humana que atañe a la composición biológica, emocional y social. Es al mismo tiempo una realidad física, mental en cada ser humano y una fuerza o potencialidad para ser ejercida. La sexualidad puede ser fuente de inmenso placer o expresión de sentimientos, pero también puede ser fuente de graves trastornos en la vida personal y social del individuo.

G. Jara refiere que la sexualidad como componente de la personalidad humana involucra no sólo el aspecto biológico, sino también el aspecto psicológico y social, Su ejercicio puede ser fuerte de expresión de los más profundos y nobles sentimientos, pero también puede producir graves trastornos en la vida de la persona y psicosocial de los sujetos.

Rubio señala que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades que dan origen a cuatro subsistemas sexuales, a saber: el género, la reproductividad, el erotismo y la vinculación afectiva personal. La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir.⁴

Las definiciones de sexualidad expuestas coinciden en considerar que el ser humano está conformado por tres componentes muy interrelacionados: el biológico, el sociocultural y el psicológico. Cualquier

⁴OPS/OMS. Vargas, Winston Uzin. Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva. Por qué hablamos ahora de salud sexual y reproductiva. 1999

alteración de uno de los tres elementos afecta directa o indirectamente al otro en un periodo de tiempo indeterminado.

La identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad en el cual se toman en cuenta tres aspectos: la orientación sexual, la identidad de género y el papel de género.

La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual. La identidad de género es la manifestación de la persona cuando se siente hombre o mujer y lo manifiesta externamente a través del papel de género, que es todo lo que una persona hace o dice para indicar el grado en el que es hombre o mujer e incluso la ambivalencia.

Para llegar al actual concepto de salud reproductiva hubo un largo proceso que partió en los años sesenta y setenta con el cuidado del binomio madre-hijo, es decir, la atención materno-infantil, que se estableció como un programa de salud en la mayoría de los países. Posteriormente, se impulsó la planificación familiar, sobre todo a través de Organismos Internacionales y los programas de ayuda externa. A partir de la década de los ochenta, se incluyó el término reproductiva, confundándose con planificación familiar, genitalidad, sexo, control de la natalidad, etc.

La Organización Mundial de la salud ha desarrollado los conceptos de salud sexual y reproductiva, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (El Cairo 1994) y ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujer (Beijin,1995). En un documento técnico, la Organización Panamericana de la Salud, en 1995, integra ambos conceptos; Se puede definir la salud sexual y reproductiva

como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables.⁵

Por tanto, la salud reproductiva está centrada en las personas como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas, de su familia. Es un proceso continuo, a lo largo del ciclo vital de la mujer: se inicia en la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce en la vida adulta; en el periodo post-reproductivo pueden persistir efectos del periodo reproductivo, ejemplo, la obesidad.

1.3. LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS SEXUALES.

En el transcurso de la historia, las variables demográficas desempeñan un papel importante con el crecimiento de la población. Se estima que el tamaño de la población mundial 8.000 años a.C. era de ocho millones de personas⁶, manteniéndose esa cifra por varios miles de años. Las principales causas de no crecimiento de la población fueron la alta mortalidad debida a las precarias condiciones de vida, enfermedades y otros factores que ponían en riesgo su existencia. Para enfrentar dichas dificultades, la población de ese periodo veía que la única manera de evitar la extinción de la humanidad era lograr el crecimiento de los grupos

⁵ Documento Técnico OPS, 1995

⁶ Atucha y Schiavo, 1994

humanos, por lo que desarrollaron conductas pronatalistas, en las que no existían reglas que limitaran las relaciones sexuales, constituyéndose la mujer en el sinónimo de generación de vida, siendo incluso considerada una divinidad, como revelan los hallazgos arqueológicos de venus primitivas.

Durante el apogeo de los imperios griego y romano, la población perdió su contacto directo con la naturaleza, en contraposición a las civilizaciones primitivas, que centraban su supervivencia en la agricultura y el incremento de su población. Además, esta sociedad generó una nueva concepción de su conducta sexual, diferenciando el concepto de sexo/placer y sexo/reproducción. Las mujeres se dividieron en dos grupos: las madres, dedicadas a la crianza de sus hijos, y las que participaban en la vida social, con ejercicio activo de su vida afrodisiáco. Este grupo prevenía los embarazos no deseados con métodos anticonceptivos, tema que era motivo de discusión entre los eruditos de la época, como Aristóteles, Platón y los discípulos de Requería Soranús, quien estableció diferencias claras entre anticonceptivos y abortivos, formuló indicaciones y contraindicaciones en casos de aborto y describió técnicas de prevención, incluyendo el tampón vaginal, el uso de astringentes y ácidos derivados de frutas. Años mas tarde los romanos desarrollaron un preservativo de vejiga de cabra.⁷

En el año 1 de la era cristiana se estima que la población era de 300 millones de habitantes. En este periodo, las tasas de mortalidad se mantenían altas por los factores ya señalados, pero la conducta de la población cambió con las nuevas concepciones acerca del ejercicio de su vida sexual, en las que se manifiesta el repudio y la condena a los placeres carnales, considerándose que las relaciones sexuales tenían un solo fin: la

⁷ Rosenfield, Fathalla. Manual de reproducción Humana. 1994

reproducción. Se busca eliminar toda asociación sexo/placer, por lo que la práctica anticonceptiva deja de aceptarse. Los lineamientos de la iglesia católica influyeron en las políticas de los gobiernos y en la sociedad en general de los países creyentes. Entre quienes se refirieron al tema figura Santo Tomás (1225-1274), quien manifestó su condena a la práctica anticonceptiva, sindicándola como un vicio contra la naturaleza. La población al no tener métodos de anticoncepción, creció en forma importante pese a los factores negativos ya señalados y a las guerras. Esta posición se mantuvo hasta finales del siglo XX, viéndose reforzada por la Encíclica *Humanae Vitae* del Papa Paulo VI en 1968, donde se estableció que todo acto marital debe tener por objeto la procreación⁸.

Las primeras opiniones de preocupación de este aumento de la población se manifestaron en 1776 a través de Malthus, cuando el mundo estaba próximo a alcanzar sus primeros mil millones de habitantes. El autor dice lo siguiente:

...es la tendencia constante de toda vida a aumentar, reproduciéndose más allá de lo que permiten los recursos disponibles para su subsistencia... En lo que se refiere a las plantas y los animales irracionales, un poderoso instinto empuja a todos ellos a reproducir su especie, y este instinto no se detiene....dando lugar a menudo al vicio...+

Estos criterios los traslada a la humanidad, donde establece que este crecimiento de la población no controlado da lugar a la enunciación de dos leyes:

⁸ Ibid

- La población crece en proporción geométrica
- Los productos de la tierra crecen en progresión aritmética porque la tierra es finita y por la operación de la ley de los rendimientos decrecientes en el sector agrícola.

Sin embargo, cita dos mecanismos que considera son frenos que impedirían un mayor desastre. El primero se basa en el componente racional y voluntario del ser humano, y lo denomina frenos preventivos, donde el hombre, por su capacidad pensante podría evitar el crecimiento poblacional incontrolado posponiendo el matrimonio y practicando la abstinencia.

Al segundo mecanismo lo denomina obstáculos o frenos positivos, refiriéndose a aquellos que escapan de la voluntad del hombre, a excepción de las guerras, donde obstáculos naturales como las precarias condiciones de vida, los desastres naturales, las epidemias, etc., se consideran elementos de control del crecimiento de la población.

Por tanto, los frenos preventivos demandarían mejorar los niveles educativos para mejorar los niveles de vida, provocando cambios de hábitos, gustos y costumbres. Ello, como el mismo Malthus afirma, sería propio de naciones civilizadas. Los frenos positivos escapan al control racional del ser humano, sin embargo, evitan el incontrolado crecimiento de la población al provocar menor expectativa de vida.

Los pensamientos de Malthus se clarifican en el siguiente esquema:

- a) Cualquier país cuenta con una cantidad de medios de subsistencia que le permiten mantener a un número determinado de habitantes.

- b) La tendencia al aumento constante de la población se manifiesta en las sociedades imperfectas.
- c) Si el aumento de la población no coincide con el aumento de la producción de aquellos productos elementales para la subsistencia (en primer lugar, los alimentos),
- d) Los estratos más pobres de la sociedad sufrirán aún más por sus necesidades vitales insatisfechas.
- e) Se producirá también un exceso de mano de obra respecto a la demanda del mercado laboral;
- f) Con ello, los jornales tenderán a bajar, mientras los precios tenderán a subir,
- g) Estos son obstáculos para iniciar una familia y para mantener la que ya tiene; con ello se detiene el crecimiento de la población;
- h) El bajo costo de la mano de obra, la abundancia de oferta en el mercado de trabajo y la necesidad de trabajar más para obtener ingresos suficientes para la satisfacción de las necesidades;
- i) Estimula a los campesinos a emplear más mano de obra para mejorar la producción,
- j) Hasta que se logre equilibrar la producción de alimentos con el aumento de la población;
- k) Cuando la situación del trabajador vuelve a ser favorable, disminuyen las restricciones de la procreación, hasta volver a lo que ocurre en el punto c). Estos procesos vuelven a repetirse en forma cíclica.

El pensamiento de Malthus, expresado en sus leyes y el esquema anterior, nos muestra cómo la dinámica demográfica influye en el sistema socioeconómico y cultural, determinando conductas obligadas por las circunstancias para lograr el bienestar y provocando un cambio en el comportamiento sexual y reproductivo.

La revolución industrial constituyó otro hito que determinó cambios importantes en la dinámica demográfica entre fines de 1800 e inicios de 1900. Se incrementó y mejoró la producción agrícola e industrial, con innovaciones de la tecnología, principalmente en los países europeos y en América del Norte. Con ello se contradijo la teoría malthusiana que no consideró el despegue tecnológico para la producción de alimentos, y la posterior orientación que daría origen a la transición demográfica, proceso complejo de conducta demográfica que implica un descenso de los altos niveles de mortalidad y fecundidad.

La mortalidad después de la Segunda Guerra Mundial empezó a bajar debido a:

- Medidas de salud, como la higiene, el uso de antibióticos, las campañas de vacunación, etc. Políticas que se extendieron a los países en desarrollo.
- El mejoramiento de los medios de comunicación y del transporte también colaboraron en la caída de las tasas de mortalidad.

Estas medidas fueron elementos básicos que permitieron aumentar la esperanza de vida, disminuir la morbilidad y la mortalidad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, donde se aprecian mejor los beneficios logrados, y aunque no mejoró la calidad de vida, motivaron cambios de conducta en el comportamiento reproductivo⁹

⁹ Fucaracio, Angel. La población y el desarrollo en el pensamiento de Adam Smith y Ricard Malthus. 1995

En los años treinta, como consecuencia de la crisis económica mundial, se produjeron grandes volúmenes migratorios de trabajadores calificados desde Europa a algunos países latinoamericanos y migraciones intra regionales, produciendo considerables efectos demográficos en los países receptores, entre otros cambios en las pirámides poblacionales de edad, modificación de los patrones de asentamiento geográfico, urbanizador, etc., además de influencias indirectas sobre normas y comportamientos relacionados con fecundidad.

Las estadísticas muestran que los censos de los años cincuenta en América Latina pusieron en evidencia que el crecimiento de la población era preocupante, ya que el drástico descenso de las tasas de mortalidad se sumó a una fecundidad que mantenía altos índices, originando una explosión demográfica. A raíz de ella se plantearon políticas y estrategias para controlar este crecimiento, ya que tendría repercusiones en el área de la salud, incidiendo sobre los sistemas de educación y empleo, etc., con efectos negativos en el desarrollo de los países con mayor crecimiento demográfico.

En los años sesenta, el mundo contaba con casi tres mil millones de habitantes, lo que obligó a los organismos internacionales a tomar medidas para alertar a los países más poblados. Así, en 1965, las Naciones Unidas asesoraron a la India para mejorar los servicios de programas de planificación familiar. Ese mismo año, la VIII Asamblea de la Organización Mundial de la Salud discutió el tema de la planificación familiar, y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas respaldó un ambicioso programa elaborado por la Comisión de Población.

En 1966, 12 jefes de Estado hicieron una declaración conjunta ante las Naciones Unidas reconociendo la importancia de la planificación familiar, lo que dio origen a una resolución que posteriormente ratificó la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, indicándose que el crecimiento de la población en algunas regiones del mundo dificultaba la lucha contra el hambre y la pobreza, reduciendo las posibilidades de lograr adecuadas condiciones de vida, y por lo tanto entorpeciendo el cumplimiento de los derechos humanos. Esta comisión reconoció que las parejas tienen el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos y el derecho a la educación y la información en este sentido.

La Conferencia Mundial de Población de Bucarest, de 1974, en una de sus conclusiones señaló que los gobiernos del mundo se comprometían a que, en 1985, todos los habitantes de la Tierra tendrían acceso a información y servicios de planificación familiar, meta que no fue cumplida por las diversas causas sociales, religiosas, políticas y de otro tipo que no se vaticinó, tal como lo demuestra el crecimiento de la población mundial que, en 1999, alcanzó a 6.000 millones de habitantes.¹⁰

A veinte años de la conferencia de Bucarest, la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de 1994 adopta el enfoque de Salud sexual y reproductiva basado en los derechos lo cual refleja una nueva política global de consenso sobre la relación existente entre las políticas de población y los derechos de salud sexual y reproductiva: si se empodera a las mujeres y si se satisfacen las necesidades de la salud sexual y reproductiva de la gente, será posible lograr la estabilización de la

¹⁰ FNUAP. Estado de población mundial. 1999

población por medio de opciones y oportunidades en lugar de control y coerción. El enfoque basado en los derechos se construye a partir de acuerdos internacionales de derechos humanos existentes y reconoce la salud y los derechos sexuales y reproductivos como metas importantes en sí mismas.

El enfoque con base en los derechos se reafirmó y expandió en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijín en 1995 y nuevamente en la revisión de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1999. (CIPD +5). El objetivo sería ayudar a las parejas y a los individuos a alcanzar el número de hijos que ellos deseen, y brindarles todas las oportunidades de ejercer sus derechos reproductivos sin restricciones para lograr una salud sexual plena.

1.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y LOS CAMBIOS MAS IMPORTANTES EN RELACION CON LA SALUD REPRODUCTIVA

Parecería innecesario argumentar sobre la importancia que reviste el conocimiento de la población, cuando toda actividad gira y está en función de su existencia y bienestar. Sin embargo de ello, no siempre se encuentra al ser humano como el punto central en el conjunto social. Sauvy decía al respecto *«el hombre, eterno olvidado»*¹¹ para significar la frecuente omisión de él, en el quehacer científico de diversos órdenes, aún en ocasiones, en la planificación económica y social que se hace en los países.

¹¹ CEPAR. Políticas de Población I, 1993

Hablar de población no es sólo hablar de una variable que es a la vez variable independiente y dependiente del desarrollo, sino que es hacer referencia a la sustentabilidad de la vida humana en la Tierra.

A inicios del nuevo milenio, resulta de interés conocer y evaluar la situación demográfica de la población, a lo que aporta interesantes datos y análisis el informe *Estado de la Población Mundial-1999*, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En 1999 habitaban en el planeta 6.000 millones de personas, lo cual representa un agregado de 1.000 millones en sólo 12 años. Casi la mitad de esas personas tendrán menos de 25 años; más de 1.000 millones serán jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, los progenitores de la próxima generación.¹²

La población mundial está aumentando a razón de 78 millones de personas por año; se ha duplicado en comparación con 1960; más del 95% de crecimiento de la población ocurre en los países en desarrollo; mientras tanto, dicho crecimiento se ha hecho más lento o se ha detenido en Europa, América del Norte y el Japón. Los Estados Unidos de América es el único país industrializado de gran magnitud donde, según sus proyecciones, la población está aumentando, debido en gran medida a la inmigración.

Llegar a 6.000 millones de personas tiene aspectos tanto positivos como negativos. Desde el punto de vista positivo, es el resultado de opciones personales y acciones colectivas para lograr mejor salud y vida más larga.

¹² FNUAP. Estado de la población mundial, 1999

Los países de Asia, África y América Latina, a partir de 1969, mejoraron los servicios de salud y educación y los han puesto al servicio de sectores más amplios de población. Como resultado de ello, en la mayoría de los países las mujeres y los hombres aspiran a tener menor cantidad de hijos y las familias son más pequeñas que en generaciones anteriores; es mayor el número de recién nacidos que sobreviven tras el peligroso primer año de vida y los ancianos tienen vidas más largas que nunca antes.

En los países en desarrollo, la fecundidad ha disminuido a la mitad en comparación con 1969, desde casi seis hijos por mujer hasta menos de tres. En consecuencia, la tasa de crecimiento de la población ha comenzado a disminuir.

Entre los aspectos negativos cabe mencionar que los países más pobres son los que a menudo tienen las tasas más altas de crecimiento de la población. Los países más pobres también tienen los peores niveles de salud reproductiva, las tasas más altas de mortalidad derivadas de la maternidad y las tasas más bajas de uso de métodos de planificación de la familia, con frecuencia inferiores al 15%, nivel que, en promedio, los países en desarrollo ya habían alcanzado hacia 1969¹³

Desde 1969 la población ha aumentado de 3.700 millones de personas a 6.000 millones. Pero las tasas anuales de crecimiento demográfico han disminuido desde 2.04% hasta 1.33% y deberían disminuir aún más. Las cantidades de personas que se agregan cada año llegaron a un máximo en el periodo 1985 . 1990, con 86 millones de personas. En los próximos años

¹³ Ibit

deberían ir disminuyendo gradualmente y, posteriormente, con mayor rapidez.¹⁴

Esta reducción de la tasa de crecimiento de la población no es automática. Fue posible durante los últimos 30 años merced a la labor de muchas personas. Que continúe o no y que vaya o no acompañada de bienestar o crecientes tensiones, dependerá de las opciones y de las acciones que se realicen en los próximos 10 años. Dependerá del éxito de las políticas de población y desarrollo y, en particular, del ejercicio universal del derecho a la salud, incluida la salud reproductiva.

- **Situación Demográfica en América**

A pesar de que la tasa demográfica está disminuyendo en la región, la población en las Américas continuará aumentando, y se estima que se estabilizará alrededor de año 2050. el crecimiento más marcado ocurrirá en América Latina y el Caribe, donde se calculó que la población se incrementaría en alrededor de 90.4 millones entre los años 1990 y 2000

La población de América Latina continúa siendo joven. Así, hacia 1990, casi un 36% de la población de América Latina y el Caribe estaba por debajo de los 15 años, mientras que esa proporción era de 19,6% en los países europeos y de 21,4% en los norteamericanos. Distintos países, sin embargo, se encuentran en estadios diferentes de transición demográfica.¹⁵

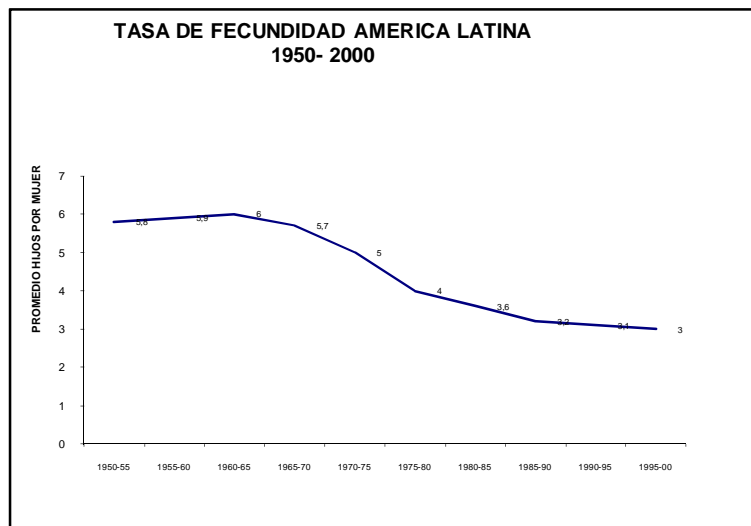
¹⁴ Ibid

¹⁵ OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación para la salud No.8

La población más joven es la de América Central. A partir de 1970 hubo un incremento sostenido de la edad promedio en todos los países, que fue más acentuado en los países de menor población. Además de estos factores, la composición urbana-rural de la población es otro factor demográfico que tiene influencia sobre la salud, la fecundidad y la mortalidad, ya que son por lo general mayores en las zonas rurales. La población de América Latina y el Caribe es predominantemente urbana. Estos hechos son importantes de considerar porque imparten una tónica específica a los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La Fecundidad total ha disminuido en un 50% entre 1965-1969; 1995-2000, de 6,0 a 3,0 hijos por mujer, respectivamente, según podemos observar en el gráfico 1.

Gráfico 1



Fuente: OPS/OMS

Elaboración: Dra. Eugenia Taco

- **Situación demográfica del Ecuador**

El tamaño y composición de la población ecuatoriana han experimentado cambios importantes en el transcurso de las cinco últimas décadas. La población nacional casi se ha cuadruplicado, pasando de 3,202,757 habitantes en 1950 a aproximadamente 12,646 en el 2000, y se ha reforzado la tendencia hacia el predominio de la población urbana; de ser el 28.5% de la población nacional en 1950, pasó a ser el 55.4% en 1990 y se estima el 62.7% en el año 2000 y 70% en el 2025.

Cuadro 1

**ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GENERO
SEGÚN AÑOS CENSALES**

Año	Mujeres	%	Hombres	%	Índice femenino
1950	1.607.954	50,2	1.594,803	49.8	100.8
1962	2.239.521	50.0	2.236,476	50.0	100.1
1974	3.263.297	50.0	3.258,413	50.0	100.1
1982	4.390.678	50.1	4.210,412	49.9	100.5
1990	4.851.777	50.3	4.796,412	49.7	101.2

Fuente. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras. INEC. CEPAR. 1999
Elaboración: Dra. Eugenia Taco

En la composición de la población por género, no se observan cambios sustanciales a través del tiempo. Las mujeres continúan siendo mayoritarias. En 1990 constituían el 50.3% de la población nacional; a su vez el Índice de Feminidad (mujeres por cada 100 hombres), fue de 101.2 a nivel nacional, 105.1 en áreas urbanas y 95.7% en áreas rurales.

Según los grupos étnicos, la población indígena del Ecuador significa aproximadamente un 22% del total nacional; la población afroecuatoriana constituyen el 2.8% aproximadamente. La población indígena se localiza principalmente en la Sierra y Amazonía ecuatoriana, con una presencia aún más significativa en las provincias de Chimborazo, Imbabura, Bolívar, Cotopaxi y Pastaza. La población afroecuatoriana se concentra en las provincias de Esmeraldas, Imbabura y Carchi, siendo en la provincia de Esmeraldas la mayoría de la población rural.¹⁶

En 1990, la densidad demográfica fue de 35.5 por Kilómetro cuadrado. En la Sierra ascendía a 69.5, en la Costa a 62.6, mientras en la Amazonía era de 2.8 Hab./Km². para el 2000 se estima que la densidad demográfica llegó a 46.5 Hab./km² .¹⁷

En este contexto, y apoyado en buena medida por programas de planificación familiar, se inicia en nuestro país una importante disminución de la fecundidad, medida, en base al número de hijos por mujer. De esta manera, el proceso de aumento de la tasa de crecimiento poblacional hasta el periodo 1960 . 1970 se revierte, hecho que fue más evidente durante el decenio de 1980. En general el proceso de reducción de la fecundidad se operó en casi todos los países de la región latinoamericana y, dentro de ellos, desde los grupos de más alta instrucción de áreas urbanas a aquellos menos instruidos de zonas rurales.¹⁸

¹⁶ ECUADOR: SU REALIDAD. 2000

¹⁷ ODEPLAN. Estado de la Población Ecuatoriana. Indicadores Básicos.1999

¹⁸ CEPAR. Población y Desarrollo. 1998



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ecuador ha descendido su tasa de crecimiento de población de 3.2%, registrada como la más alta en 1962, a 2.1% durante el periodo 1990 - 2000. Estas tasas de crecimiento son aún superiores a las esperadas para el promedio de América Latina (1.7%), siendo superadas solamente por cuatro países de América Central (Guatemala:2.6, Honduras:3.2 y Nicaragua:2.9) y dos de América del Sur (Bolivia:2.2 y Paraguay:2.9)¹⁹. La población menor de 15 años de edad, actualmente representa el 35.3% del total de la población y disminuirá al 29% en el 2010.

¹⁹ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia.2000

CAPITULO II

PERFIL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

2.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

- **Morbilidad Materna**

En relación a la mortalidad materna, la morbilidad debería ser ciertamente mas relevante por la desigualdad en el trato de la mujer en países en desarrollo. Desafortunadamente la información es incompleta y muy pobre. Solamente estimaciones aproximadas están disponibles; se estima que la magnitud de la morbilidad materna podría estar entre 10 a 15 veces mas frecuente que la mortalidad materna.²⁰

En la literatura científica revisada encontramos que las principales causas de morbilidad materna son: anemia, fístulas vésico-vaginales, embarazos ectópicos, hemorragias postpartum, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones post aborto, inflamaciones pélvicas crónicas, infecciones genito-urinarias, síndrome de Shigan, esterilidad secundaria.

La OMS estima que más de la mitad de las mujeres embarazadas presentan anemia. Sólo en los países en desarrollo la cifra es de 56 o 61 por ciento si se excluye a China más del 33 por ciento de las mujeres del mundo padecen anemia. En algunas áreas de la India, 70 por ciento padece de anemia.

²⁰ Ibid

En el país existe muy poca información acerca de morbilidad materna, no obstante la importancia de su conocimiento para emprender medidas que permitan la reducción de la mortalidad materna, fetal y neonatal, asociadas con estas causas.

Varios factores impiden una recolección objetiva y completa de información sobre morbilidad materna; los más importantes hacen relación a la percepción personal de las madres sobre su estado de salud y al bajo porcentaje de controles del embarazo.

En el 91.1% de los embarazos el resultado es nacidos vivos, en el 8% abortos y el 0.9% mortinatos.²¹ Según el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública, para 1998, se estima que el 60% de embarazadas padecen de anemia, el 24.2% son embarazadas con bajo peso, lo que de alguna manera refleja las condiciones económicas de las mujeres embarazadas que acuden a las unidades del Ministerio.

- **Mortalidad materna**

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer durante el embarazo, o dentro de los 42 días después del parto, independientemente de su duración o su localización, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²²

²¹ INEC. Anuario de Estadísticas Vitales.1999

²² Maternal Mortality: A Global Factbook. Latin América Ecuador. WHO

El derecho de la mujer a disfrutar de una maternidad segura todavía parece una posibilidad remota para grandes núcleos de población femenina. Aún con los cambios ocurridos en esta década en relación con el empleo, la educación y la salud, se ha registrado en la mayoría de los países un aumento de la población pobre, incrementándose el fenómeno denominado feminización de la pobreza.²³

A ello se suma el nivel de aislamiento cultural, físico y económico de una proporción importante de mujeres en la mayoría de países, junto con el limitado compromiso político para un cambio de esta situación.

La mortalidad materna sigue siendo un grave problema en la región de las Américas, donde 11 países presentan tasas superiores a 100 por 100.000 nacidos vivos. En la región, las tasas de mortalidad materna varían entre 2 por 100.000 en el Canadá y 1000 por 100.000 en Haití, lo cual demuestra con dolorosa claridad las incongruencias predominantes tanto en materia de desarrollo como de equidad. Las principales causas -toxemia, hemorragia e infecciones- han sido las mismas durante muchos años. Estos diagnósticos clínicos, sin embargo, ocultan problemas como la malnutrición o la falta de medios para proporcionar tratamiento en caso de urgencias obstétricas en lugares remotos. Existen una estrecha relación entre atención calificada del parto y los niveles de mortalidad materna. El porcentaje de partos atendidos en instituciones es de más de 90% en 13 países, mientras que en cuatro la cobertura está por debajo de 50%.²⁴

²³ CEPAL, 1995

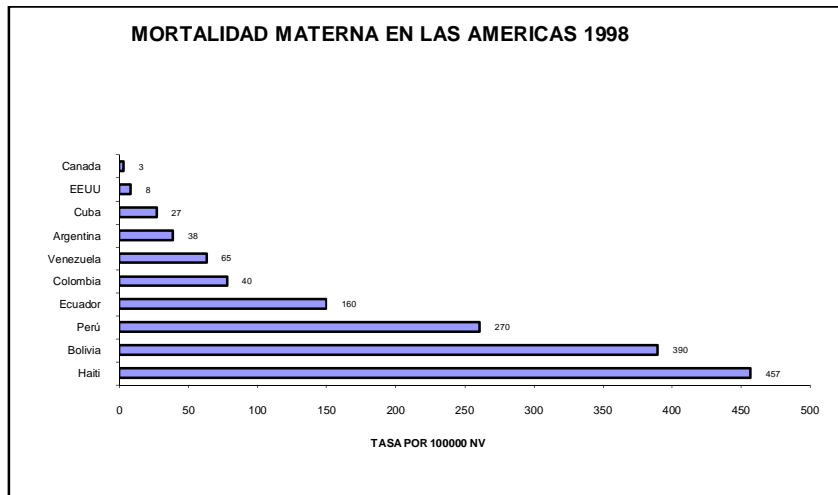
²⁴ OPS/OMS, 25ª. Conferencia Sanitaria y Panamericana: Población y Salud Reproductiva. Washington D._C., 21 al 25 de septiembre de 1998

La mortalidad materna afecta al individuo y a la familia, pues los niños que sobreviven al parto en que la madre muere tienen más probabilidades de no sobrevivir más de un año, y los otros hijos de esa mujer ven mermado su potencial de desarrollo individual porque son obligados a cuidar de sus hermanos. El potencial económico de las familias también resulta afectado y, con ello, sus posibilidades de contribuir al crecimiento de la nación.

Otro vínculo entre el desarrollo y la salud reproductiva se observa cuando se examina la prevalencia de operaciones cesáreas. El uso excesivo de esta técnica constituye un acto médico sin fundamento y una violación a los derechos humanos. La incidencia de cesáreas se correlaciona con el nivel de instrucción de la madre y la residencia urbana o rural, lo cual demuestra el vínculo con la equidad en materia de oportunidades. En Brasil, 81,3% de las mujeres que se hicieron cesáreas habían recibido más de 13 años de educación. En Colombia, 20,7% de los nacimientos en las zonas urbanas y solo 10.1% en las zonas rurales fueron por cesárea.²⁵ Aunque intervienen otros factores, como los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud, es importante destacar que las oportunidades pueden existir en algunas situaciones en son innecesarias, o no existir cuando son necesarias.

²⁵ Ibit

Gráfico 2



Fuente: Estado de Población Mundial 2000, Vigilancia de las metas de la CIPD
Elaborado por: Dra. Eugenia Taco

Según los datos publicados en el Estado de Población 2000, de vigilancia de las metas de la Cuarta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, el Ecuador, ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor índice de mortalidad materna presentan. Después de Haití, Bolivia y Perú nuestro país alcanza una tasa de 160 mujeres muertas por 100.000 nacidos vivos. Esta cifra duplica a Venezuela, cuatro veces superior a la de Argentina y supera en 40 veces la de Canadá.²⁶

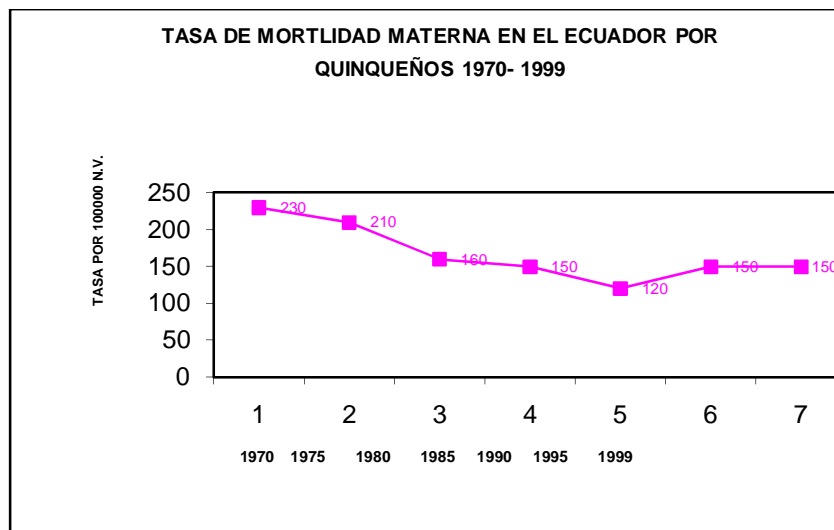
La mortalidad materna en el Ecuador, es un indicador que padece de un gran subregistro, de acuerdo a los datos nacionales, estableciendo indicadores para 1999, varía desde 60 a 150 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Según la Organización Mundial para la Salud en

²⁶ FNUAP Estado de Población Mundial, 2000

1999 reportó 480 muertes maternas, con una tasa de 150 muertes por 100.000 nacidos vivos, de las cuales 230 muertes correspondían a muertes de madres adolescentes.²⁷

Sin hacer abstracción de que en publicaciones nacionales e internacionales sobre mortalidad materna en el Ecuador, existen cifras variables, en base a datos oficiales y de la Organización Mundial de la Salud, el gráfico 3, ilustra sobre los niveles de tendencia de esa mortalidad por quinquenios a partir de 1970, en el que se evidencia una tasa muy elevada de 230 por 100.000 nacidos vivos en 1970-75 ; el descenso más apreciable ocurre en el quinquenio 1975-80 y menos considerable en 1985-90²⁸, para luego mantenerse en los últimos quinquenios en 150 por 100.000 nacidos vivos²⁹

Gráfico 3



FUENTE : CEPAR, Correo Poblacional y de la Salud volumen 4, 1996.
 FNUAP Estado de Población Mundial 2000
 Elaboración: Dra. Eugenia Taco

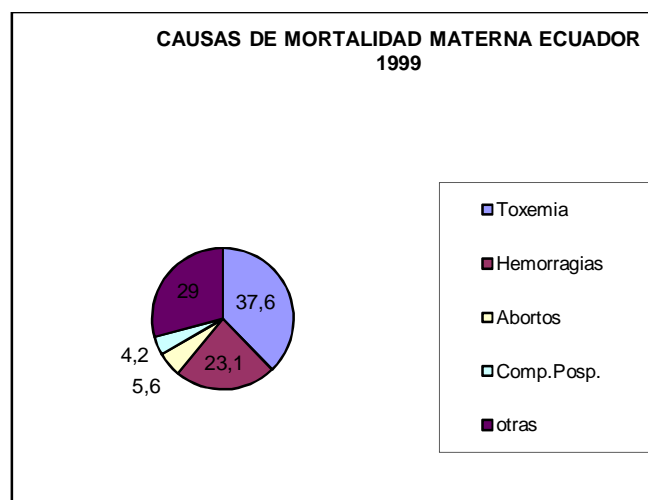
²⁷ INEC, CEPAR, Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras. 1999

²⁸ CEPAR Correo Poblacional y de la Salud. Volumen 4, 1996.

²⁹ Estado de Población Mundial 2000

La primera causa directa de mortalidad materna, en el Ecuador, de acuerdo a la información que provee el INEC así como de los egresos hospitalarios, es la Toxemia Gravídica que representa el 37.6% del total de muertes, le sigue la Hemorragia del Embarazo y del Parto con un 23.1 % , los abortos con un 5.6%, las complicaciones del Puerperio con un 4.2%, y otras causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto con un 29%.³⁰ Es importante recalcar que son causas de muerte prevenibles. Las causas indirectas son aquellas originadas por la hepatitis, la tuberculosis, anemias, tromboembolias y otras enfermedades que se agravan con el embarazo y se agudizan en situaciones de extrema pobreza.

Gráfico 4



Fuente: INEC.1999

Elaboración: Dra. Eugenia Taco

³⁰ Anuario de Estadísticas Vitales . INEC, 1998

De acuerdo con un estudio realizado por la Fundación Eugenio Espejo y UNICEF, en el Ecuador en 1991, se constata una directa asociación entre las condiciones socioeconómicas de las mujeres y la mortalidad materna. Solamente un 15% de las mujeres que murieron por causas maternas contaban con servicios básicos (agua potable, alcantarillado, electricidad) en sus viviendas; más de la mitad de ellas no se habían realizado controles prenatales por problemas de acceso a servicios de salud (ausencia de servicios o falta de dinero para pagar las consultas); una escolaridad inferior a la primaria completa y casi una de cada 10 era analfabeta; finalmente, alrededor del 70% de las madres que murieron eran solteras o tenían una situación conyugal inestable (vivían en unión libre o estaban separadas).

Factores como la violencia y marginación de la mujer, son importantes de considerar, cuyo impacto en el deterioro de su calidad de vida obliga a una solución global con la inclusión de estrategias y acciones concretas en rescate de su autovaloración y reconocimiento social.

Estos datos reflejan las condiciones de salud y de vida del país y se constituyen en un buen indicador del estado de desarrollo de los servicios de atención prenatal, parto y postparto.

Además, la muerte de la madre tiene tremendas consecuencias para su familia: si ella muere, la probabilidad de que fallezcan sus hijos menores de cinco años es hasta el 50 por ciento mayor en relación a otros niños.

2.2. MORTALIDAD INFANTIL

La humanidad ha presenciado asombrosos adelantos y ha logrado enormes avances para los niños, muchos de ellos en el pasado decenio y muchos otros en el lapso de solo una generación . Se han salvado vidas infantiles y se ha impedido el sufrimiento de los niños. Como nunca había ocurrido antes, millones de niños han crecido en condiciones mas saludables, mejor alimentados y con mayor acceso a una educación . Se han reconocido sus derechos y se han promulgado y aplicado leyes para proteger tales derechos.

La poliomielitis, que era otrora una epidemia mundial, está a punto de ser erradicada, y en los últimos 10 años se ha reducido las defunciones causadas por los implacables asesinos de niños, el sarampión y el tétanos neonatal, en un 85% y más de un 25% respectivamente. Actualmente, unos 12 millones de niños están libres del riesgo del retardo mental causado por la carencia de yodo; se ha reducido sustancialmente la ceguera resultante de la carencia de vitamina A. Actualmente, hay más niños en la escuela que en ninguna época anterior.

Pero pese al logro de numerosos y asombrosos adelantos, varias de las metas siguen fuera del alcance de centenares de millones de niños en todo el mundo. Sus vidas y su futuro corren peligro, en un mundo caracterizado por unas condiciones de pobreza más profundas y pertinaces y una mayor desigualdad entre ricos y pobres, así como la proliferación de los conflictos y la violencia, la mortífera propagación del VIH/SIDA y la persistente discriminación contra las mujeres y las niñas.

Cada día en que los países dejan de satisfacer sus obligaciones morales y políticas de dar vigencia a los derechos del niño, hay 30.500 niños y niñas menores de 5 años que pierden la vida por causas susceptibles de prevención y hay cantidades aún mayores de niños y jóvenes que sucumben a enfermedades, descuidos, accidentes y ataque que no deberían ocurrir.

A la mortalidad infantil se la define como la probabilidad que tiene un niño de morir antes de cumplir su primer año de vida. Se la divide en dos rangos de edad: la neonatal (0 . 28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos)

La mortalidad infantil en el Ecuador bajó en el 71.4 por ciento entre 1950 y 1955 y 1994 . 1999 de 139.5 a 30 por mil nacidos vivos.

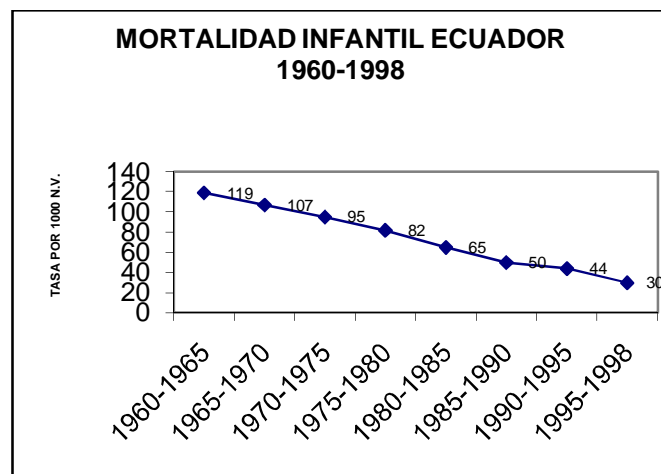
Los programas de vacunación infantil, de rehidratación oral y de educación en Salud, así como la ampliación de la cobertura de atención en salud constituyen algunas de las acciones cuyo énfasis ha estado en lograr el aumento de las probabilidades de sobre vivencia infantil. A esto se suma la influencia positiva de la baja de la fecundidad sobre la reducción de la mortalidad infantil, al disminuir la proporción de nacimiento de mayor riesgo de muerte. Los progresos de Cuba (7 por mil n.v.), Costa Rica (12 por mil n.v.) y Chile (9 por mil n.v.)³¹ han servido de ejemplo, pues indican la posibilidad de lograr importantes cambios pese a situaciones de restricción económica.

³¹ World Bank Atlas. From the World Development Indicators. 1998

Los logros anteriores no pueden, sin embargo, llevar a pensar que la lucha contra la muerte temprana está totalmente ganada. Cuando se observa lo que sucede al interior del país puede verse la existencia de diferencias importantes en la mortalidad infantil según grupo social y geográfico de pertenencia. Persisten altos niveles de riesgo de muerte infantil en sectores pobres, en hijos de mujeres de bajo nivel de instrucción o de malas condiciones de vivienda. Incluso al interior de una misma ciudad, se dan diferencias notables en la mortalidad infantil. La identificación de estos grupos y su cuantificación debe ser una guía para lograr mayores avances y desterrar esta desigualdad social que representa una herencia del pasado que es necesario y posible erradicar.

A nivel nacional, la tendencia de la mortalidad infantil y de la niñez en los últimos 20 años registra un sostenido descenso como podemos observar en el siguiente gráfico.

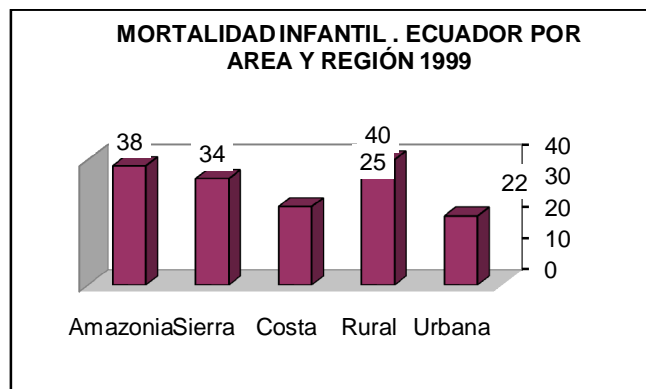
Gráfico 5



Fuente. Informe sobre Desarrollo Humano. Ecuador 1999
Elaboración: Dra. Eugenia Taco

Revisada y analizada la información de la Encuesta Demográfica Materna e infantil de 1999, realizada por CEPAR, se encuentra que en el período 94 . 99 la tasa de mortalidad infantil en el área urbana fue de 22 por 1.000 y en la rural de 40 por 1.000. (Gráficos 6 y 7). Por tanto, a pesar de los descenso observados, persiste una diferencia notable entre las dos áreas geográficas, lo que está en relación directa con los índices de pobreza predominantes en el área rural.

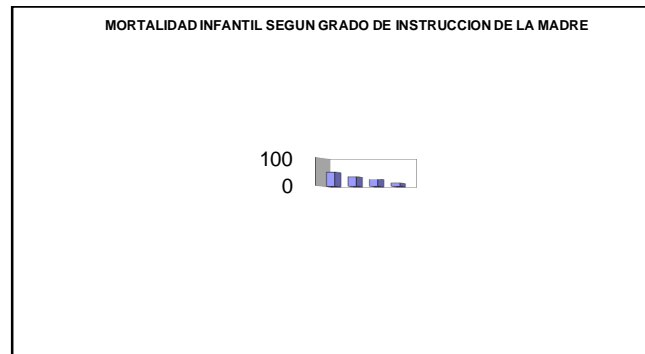
Gráfico 6



Fuente: CEPAR, ENDEMAIN. 1999
Elaboración: Dra. Eugenia Taco

Al analizar la mortalidad infantil en el Ecuador, según regiones, en el gráfico 6, observamos que en la Costa la mortalidad materna es más baja que la de la Sierra y de la Amazonía; en cuanto a área urbana y rural, la diferencia es muy marcada, casi el 50% superior en la rural en relación a la urbana.

Gráfico 7



Fuente: EDEMAIN, 1999

Elaboración: Dra. Eugenia Taco

El nivel de instrucción de la madre y las condiciones socio-económicas de las familias son también determinantes (ver gráfico 7). Un niño cuya madre es analfabeta tiene casi 5 veces más probabilidad de morir que aquel cuya madre ha alcanzado niveles de instrucción superior. Los niños en situación de pobreza tienen el doble de probabilidades de morir que los niños cuyos hogares acceden a niveles de vida elevados.

Los niños con mayores probabilidades de morir en el transcurso del primer año de vida son los niños prematuros (5.6 veces mayor respecto a los niños nacidos a término), niños con bajo peso al nacer, los que no reciben atención prenatal (51 por mil n.v.), los que no tienen asistencia profesional o capacitada en el parto, los hijos de madres mayores de 40 años (55 por mil n.v.), los hijos de madres adolescentes (32 por mil), y los niños cuyas familias no cuentan con servicios básicos de agua potable y eliminación de excretas.³²

³² Estado de la población ecuatoriana. Indicadores Básicos. Presidencia de la República. ODEPLAN, 1999

Las causas de muerte infantil, por lo tanto, se asocian principalmente con las condiciones socioeconómicas de las familias, las mismas que inciden en la salud de la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio, y el cuidado recibido por los niños en sus primeros meses de vida.

Una de las relaciones más firmes y coherentes que se ha demostrado, es la existente entre el nivel de educación de las madres y las tasas de mortalidad infantil. Los hijos de mujeres con más de dos años de escolarización tienen muchas más probabilidades de sobrevivir en su primer año de vida³³. Las madres más educadas tienen mejor atención de la salud, contraen matrimonio más tarde, y tienen muchas mayores probabilidades de utilizar anticonceptivos para espaciar los nacimientos de sus hijos. Tienen mejores aptitudes para obtener y evaluar información sobre atención de la salud, prevención de las enfermedades y nutrición. También tienen mejor acceso a los recursos, debido a las mayores oportunidades de obtener ingresos, y en el matrimonio pueden administrar mejor dichos recursos. Tienen mayores probabilidades de reconocer las ventajas de educar a sus hijos.

³³ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura, 1997

Cuadro 2

Diez Principales causas de mortalidad infantil Ecuador, 1999

	Causas	No.Muertes	%	Tasa*
1.	Neumonía	504	9.4	23.1
2.	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	450	8.4	20.5
3.	Sepsis bacteriana del recién nacido.	375	7.0	17.2
4.	Otras afecciones respiratorias del recién nacido.	350	6.5	16.0
5.	Dificultad respiratoria del recién nacido.	336	6.3	15.4
6.	Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento.	255	4.7	11.7
7.	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	232	4.3	10.6
8.	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	208	3.9	9.5
9.	Malformaciones congénitas del corazón	173	3.2	7.9
10.	Otras infecciones respiratorias agudas	172	3.2	7.9

* Tasa por 10.000 nacidos Vivos

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, 1999

- **Desnutrición Infantil**

Los principales problemas nutricionales del Ecuador son la desnutrición proteico-energética, las anemias nutricionales y el bocio endémico. Los dos primeros se presentan en todas las regiones del país, y el tercero en determinadas áreas rurales de la sierra central (8 provincias de Cotopaxi y Tungurahua).

La desnutrición proteico-energética se expresa en la prevalencia de la desnutrición crónica, aguda y global. De acuerdo con los resultados del DANS a 1996, el 49.4% de los niños/as menores de cinco años presentaban retardo en la talla (desnutrición crónica, el 4% deficiencia de peso con relación a la talla (desnutrición aguda) y el 37.5% deficiencia de peso con relación a la edad (desnutrición global). Por tanto, de cada 100 niños/as menores de cinco años, 50 sufren algún tipo de desnutrición y 4 están en situación de alto riesgo. Las diferencias según género no son significativas; si lo son, en cambio, según regiones, áreas geográficas y nivel de inserción social de las familias. El mayor porcentaje de menores en situación de desnutrición crónica (66.6%) y Global (49%) se encuentra en las áreas rurales de la sierra, mientras que el mayor porcentaje de menores en situación de desnutrición aguda (9.%) corresponde a las áreas rurales de la costa.³⁴

La desnutrición crónica afecta a los niños, principalmente a partir de los 6 meses de edad, coincidiendo con el período de introducción de la alimentación complementaria. Sin embargo, en el caso de las áreas rurales de la sierra ésta se presenta desde los cinco meses de vida, afectando al 28.6% de los niños. La diferencia según regiones y áreas geográficas se acentúan a medida que aumenta la edad de los niños. Así, mientras en las áreas rurales de la sierra la prevalencia de desnutrición crónica afecta al 75.7% de niños comprendidos entre los 48 y 59 meses de edad, en las áreas urbanas de la costa afecta al 47.2%.

La desnutrición está directamente asociada con el nivel de inserción social de la familia. Así, mientras en el estrato medio alto la desnutrición

³⁴DANS 1996

crónica es en promedio, 33.5%, en el estrato popular bajo sube al 54.7%. Lo mismo se constata en el caso de la desnutrición global: 21.2% en el estrato medio alto y 42% en el estrato popular bajo. La desnutrición aguda es inexistente en el estrato medio alto, mientras que en los sectores populares alcanza, en promedio, al 4% de los niños.

El otro problema nutricional importante del Ecuador, la anemia por falta de hierro, afecta al 70% de los niños de 6 a 11 meses, al 45% de los niños/as de 12 a 23 meses, y al 60% de las mujeres embarazadas. De igual manera, se estima que entre el 30% y 48% de mujeres en edad reproductiva presentan anemia por falta de hierro.³⁵

2.3 . ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO

Como en varios campos de la salud los controles preventivos disminuyen drásticamente los riesgos de enfermar y morir. El oportuno y periódico control del desarrollo del embarazo disminuye el riesgo de morbilidad y muerte materna y fetal, y favorece la adecuada atención del parto. Por tanto constituye un grupo de riesgo el de las mujeres que no se realizan los controles necesarios, (mínimo 5)³⁶, y mucho más el de aquellas que no se realizan ningún control durante el embarazo.

Además, permite detectar y tratar oportunamente problemas como anemia, hipertensión, diabetes gestacional, edema, retardo del crecimiento y presentaciones anormales del feto a fin de prevenir o tratar complicaciones.

³⁵ Pobreza y Capital Humano en el Ecuador. Secretaría Técnica del Freno Social. SIISE 1997

³⁶ Manual de Normas y Procedimientos de Salud Reproductiva. MSP. Ecuador 1999

Una ventaja adicional del control prenatal es que permite enseñar a la embarazada conceptos básicos de salud, higiene y regulación de la fecundidad; prepararla para la lactancia, así como referirla en situaciones de riesgo, a instituciones con personal capacitado e instalaciones adecuadas para atenderla. Cuanto mayor es el nivel educativo de las mujeres, mayores son las posibilidades de que demanden atención prenatal y que sean atendidas durante el parto por personal médico capacitado.

Por otra parte, la accesibilidad a servicios de salud de buena calidad y con abastecimientos adecuados influye de manera significativa sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Uno de los indicadores más significativos del acceso de la mujer en edad reproductiva a la atención médica consiste en el cuidado por personal capacitado durante el parto, el que varía entre el 99.8% en Cuba y el 20% en Haití. También son indicadores importantes, sin embargo, la accesibilidad, capacidad resolutive y calidad de los servicios de control prenatal y postnatal..

En lo que se refiere a la localización de los servicios de salud, actualmente la mayoría se concentran en zonas urbanas, sobre todo los más especializados, a los que los habitantes de las zonas rurales y de las periferias de las grandes ciudades carecen muchas veces de fácil acceso. A este hecho se añade la falta de medios de transporte y comunicación adecuados, lo que agrava la situación de las embarazadas, principalmente aquellas en situación de riesgo y con necesidad de cuidados especiales. También es preciso considerar las barreras culturales, en particular las concernientes a mujeres indígenas, ya que si no se tiene en cuenta constituyen un obstáculo para la demanda de servicios por las mismas.

Según los resultados de EDEMAIN-99 el 80.6% de los embarazos en los cinco años anteriores a la encuesta tuvieron un control prenatal. En el área urbana en general muestra un porcentaje de 88.6%. Mientras en el área rural alcanza al 70.8%

Cuadro 3

Atención prenatal por área, región, instrucción de la madre y nivel socioeconómico

Características	Se atendieron en el embarazo	Número de controles		
		1- 4	5-8	9 y +
País	80.6	34.2	42.6	22.8
Urbana	88.9	24.2	45.9	29.6
Rural	70.8	49.3	37.8	12.6
Región				
Costa	86.8	28.7	46.6	24.5
Sierra	76.9	37.9	39.4	22.2
Amazonía	66.0	52.6	34.8	12.6
Insular	76.8	18.0	44.6	34.5
Instrucción				
Ninguna	52.8	64.2	28.3	6.5
Primaria	72.6	49.0	37.8	12.9
Secundaria	90.5	24.1	48.4	27.4
Superior	96.3	9.1	44.1	45.7
Nivel socioeconómico de la vivienda				
Bajo	74.1	45.3	40.3	14.2
Medio	92.2	18.7	48.2	32.8
Alto	97.9	12.0	36.7	49.9

Fuente: CEPAR, EDEMAIN/99

Elaboración: Dra. Eugenia Taco

De la mujeres que recibieron control prenatal, solamente el 22.8% se realizó un número de control óptimo -según las normas del Ministerio de Salud Pública- (9 y más) durante el embarazo el 42.2% se realizó un

número aceptable de controles (entre 5 y 8) y el 34.2 % un número insuficiente (entre 1 y 4). La mitad de las mujeres rurales y la cuarta parte de las mujeres urbanas tuvieron un número de controles insuficientes. En la sierra es mayor que en la costa el porcentaje de mujeres en esta situación: 37.9% y 28.7%..

Los porcentaje de controles prenatales entre madres sin ninguna instrucción son preocupantes llegan al 52.8%; hay que considerar que es un grupo objetivo importante ya que a parte de desenvolverse en condiciones precarias son las que tienen mayor fecundidad.

Por lo tanto, la mayoría de mujeres embarazadas y sus hijos se encuentran en riesgo. El grupo de mayor riesgo es el de las analfabetas, las mujeres rurales y las más pobres.

El 56.1% de las mujeres se realizaron los controles en los hospitales o centros del Ministerio de Salud Pública y el 31.6 por ciento con médicos y clínicas particulares. Las mujeres en situaciones más precarias, acuden mayoritariamente a los servicios del Ministerio de Salud.³⁷

- **Atención del parto.**

El lugar de atención del parto se relaciona estrechamente con la demanda y con la cobertura de los servicios de salud reproductiva. Por otra parte, en lo que a salud de la madre y del niño se refiere, es mayor el riesgo potencial al que están expuestos

³⁷ CEPAR . Encuesta Demográfica Materno Infantil, EDEMAIN, 1999

cuando el parto ocurre en lugares inadecuados o donde no pueden recibir atención profesional y oportuna en caso de emergencia. En el periodo comprendido entre 1994 y 1999, 7 de cada 10 mujeres ecuatorianas recibieron atención profesional durante el parto. En las áreas urbanas la cobertura fue de 86.2%, mientras en las áreas rurales tan solo alcanzó 49%. Por tanto, 5 de cada 10 mujeres rurales, se exponen al riesgo de sufrir complicaciones en el parto o de morir por no recibir atención adecuada y oportuna. Pero quienes se encuentran en mayor riesgo son las mujeres sin instrucción, con una cobertura de 25,2%, casi cuatro veces inferior a la de las mujeres con instrucción superior (95.2%). Según estos datos podemos reafirmar que existe una asociación directa con el nivel de instrucción, conforme aumenta este nivel aumenta la atención institucionalizada.

2.4 FECUNDIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La fecundidad es una variable que detalla el comportamiento reproductivo de la mujer y se la mide a través de la Tasa Global de la Fecundidad (TGF) que no es sino el promedio de hijos nacidos vivos que tendría la mujer al final de su vida reproductiva.

La fecundidad está directamente relacionada con la Planificación familiar, razón por la que se considera también a ésta parte integrante de la salud reproductiva. La planificación familiar entraña la capacidad de disfrutar de una vida sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles de su elección para la regulación de la fecundidad, así como derecho a recibir

servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos.

El objetivo de la planificación familiar es ayudar a las parejas y a las personas a cubrir sus necesidades de procreación en un marco que favorezca las condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar de la familia, y que respete la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, el espaciamiento de éstos y el momento de su nacimiento, prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de embarazos de alto riesgo, la morbilidad y mortalidad materna.

El embarazo no deseado es un problema de salud pública, ya que la capacidad de regular y controlar la fecundidad es fundamental para la salud reproductiva. La mujer que no esté en condiciones de hacerlo no puede considerarse una persona que goce de un estado de bienestar físico, mental y social. Además los embarazos no planificados o inoportunos pueden influir negativamente sobre las posibilidades de supervivencia, de crecimiento y desarrollo de los lactantes.

La encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) llevada a cabo en 1999 permite comparar con sus similares realizadas en 1989 y 1994. La tasa global de fecundidad para el periodo 1994-1999 es de 3.3 hijos por mujer en contraste con 3.6 para el periodo 1989-1994. La tasa nacional enmascara diferenciales entre el área urbana y rural (2.8 y 4.3), entre mujeres que residen en las regiones de la Sierra (5.6) y la Costa(3), y entre mujeres con diferentes niveles de educación 5.5 para mujeres sin educación comparado con 2 para mujeres con educación superior. Si todos los embarazos fueran deseados en el Ecuador la tasa global de fecundidad descendería en un 24% alcanzando 2.6 hijos por mujer. Las mujeres sin

educación y mujeres con educación primaria revelan un 29% y 26%, respectivamente, de embarazos no deseados. Esta circunstancia evidencia la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva en la población pobre y menos educada.

En el periodo 1994 y 1999 la prevalencia de uso se ha incrementado en forma significativa, pasando de 56.8 por ciento a 66.3 por ciento. Lo que significa que dos de cada 3 mujeres en unión se encontraban regulando su fecundidad. Este uso, varía de acuerdo a las características geográficas y sociales.

Entre los métodos utilizados tenemos en primer lugar la esterilización femenina con un 23.1% seguida por la Píldora: 11%, el Dispositivo Intrauterino (DIU) 10.4%. Ritmo: 7.7%, retiro: 6.3% condón:2.7, inyecciones: 3.4, métodos vaginales 0.1% y otros: 1.4%.

Las fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos demuestran una fragilidad del sistema de salud público con relación a la entrega de servicios de planificación familiar. El 61% de los métodos modernos son proveídos a través del sector privado, incluyendo médicos, farmacias y ONGs. El Ministerio de Salud Pública provee solo el 25%. El 63% de las esterilizaciones femeninas se los realiza a través del sector privado y el Ministerio solo provee el 37% de estas esterilizaciones.³⁸

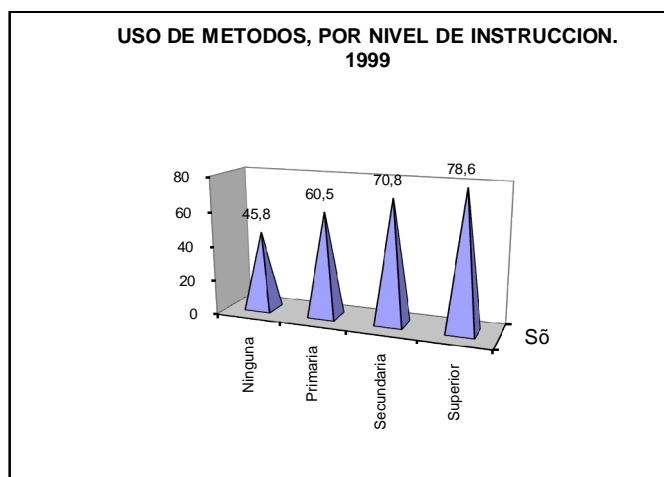
La relación entre el nivel de educación de la mujer y la tasa de fecundidad es también compleja, pero en la mayoría de los países la pauta intrínseca es que cuantos más años de escolarización tenga una mujeres, menor será el número de hijos que tendrá. En todos los estudios recientes,

³⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Ecuador, Agosto 2000

la educación secundaria de las mujeres está correlacionada con menores tasas de fecundidad.

Las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos modernos, (como observamos observa en el Gráfico 8), y de contraer matrimonio más tarde en la vida. Los progenitores educados, varones y mujeres, también aspiran en general a tener familias más pequeñas que quienes tienen menor educación; y las mujeres educadas tienden a plasmar en la realidad su preferencia por menor cantidad de hijos. En otras palabras, las mujeres con mayor escolarización tienen mayores probabilidades de tener el número de hijos que dicen quieren tener.

Gráfico 8



Fuente: CEPAR, EDEMAIN 1999

2.5 EL ABORTO

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año aproximadamente 20 millones de abortos en condiciones de riesgo y las complicaciones subsiguientes ocasionan casi 80.000 muertes, un 13 por ciento de todas las muertes maternas, al año. Sin embargo, a causa de las limitaciones metodológicas inherentes a la investigación relacionada con el aborto, es posible que estas estimaciones no reflejen la magnitud real de la incidencia del aborto en condiciones inadecuadas. Estudios basados en cifras hospitalarias sugieren que al menos un 28 por ciento de todas las muertes maternas en Zimbawe, un 21 por ciento en Tanzania, y un 54 por ciento en Etiopía están relacionadas al aborto . De los 175 millones de embarazos que ocurren cada año aproximadamente 75 millones son no deseados³⁹.

Las mujeres que se quedan embarazadas sin desearlo buscan interrumpir el embarazo por diferentes razones. La mayoría de los embarazos no deseados se debe a la falta de uso de métodos anticonceptivos. Aunque hoy en día los servicios de planificación familiar son más efectivos y están más disponibles que antes, los expertos estiman que al menos 350 millones de parejas en todo en mundo carecen de información sobre anticonceptivos y no tienen acceso a los métodos modernos de planificación familiar. En los lugares donde existen los servicios , las mujeres pueden carecer de educación, información o poder para tomar las decisiones que se les permitan hacer uso de los métodos. Los anticonceptivos también pueden fallar; a lo cual se atribuye de 8 a 30 millones de embarazos al año, ya sea debido a un fallo del método

³⁹ Family Care International. Prevención y Manejo del aborto que ocurre en condiciones de Riesgo: Guía de Acción. 1999

anticonceptivo o al uso esporádico o incorrecto del método de planificación familiar.⁴⁰

Aproximadamente el 96% de la población mundial vive en países donde el aborto está permitido por la ley cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y más del 72% vive en países donde el embarazo puede interrumpirse cuando éste es el resultado de una violación o incesto, o si la salud de la mujer está en riesgo

El aborto inducido es uno de los métodos más antiguos y más utilizados para evitar el nacimiento de un hijo no deseado; es también una de las causas más importantes de muerte materna. Sus complicaciones y consecuencias han sobrecargado los servicios de salud en los países en desarrollo. Ninguna discusión de los problemas de salud reproductiva, en consecuencia, puede ni debe ignorar este fenómeno.

La incidencia real del aborto inducido en Latinoamérica es difícil de estimar, ya que, con excepción de Cuba y Puerto rico, es ilegal en todos los países latinoamericanos. Debido a ello, la mayoría de las estadísticas hospitalarias no distinguen entre abortos espontáneos e inducidos.

En América Latina y el Caribe, se calcula que el aborto inducido es el cuarto método más usado para regular la fecundidad, y que el número total de abortos inducidos que se llevan a cabo anualmente oscila entre 2.7 y 7.4 millones., lo que comprende entre el 10 y 27 por ciento de todos los abortos que se realizan en los países en desarrollo. Las leyes restrictivas obligan a

⁴⁰ Ibit.

que la mayoría de las veces los abortos sean clandestinos e inseguros y que sus secuelas conduzcan a la hospitalización en uno de cada 3 a 5 casos.⁴¹

En el Ecuador, según estimaciones basadas en los datos de la EDEMAIN 94, el 8% de las mujeres cuyo embarazo terminó entre enero de 1992 y 1994 había abortado, lo que se traduce aproximadamente en 15.000 abortos al año. El aborto está estipulado como un delito según el Código Penal. Se permite cuando la vida o la salud de la gestante está en peligro y cuando el embarazo es producto de una violación a una mujer idiota o demente,

De hecho, el aborto provocado ha alcanzado gran notoriedad en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo. En algunos casos, la preocupación del público se ha manifestado principalmente como consecuencia de los niveles alarmantemente altos de mortalidad y morbilidad maternas derivadas de abortos realizados en condiciones no adecuadas. En otros países, esa notoriedad ha sido más bien el resultado de un debate público en torno a los aspectos morales y legales del aborto y el papel que debería desempeñar el Estado en cuanto a permitir o prohibir el acceso al aborto en condiciones adecuadas.

En la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994, la cuestión del aborto resultó ser una de las más polémicas, y gran parte del debate giró directa o indirectamente en torno a diversas cuestiones relacionadas con el aborto. Al finalizar el debate, las delegaciones convinieron en la siguiente redacción:

⁴¹ OPS/OMS Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación para la salud No. 8

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad de aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos⁴²

Una forma de reducir la incidencia del aborto, ya sea en condiciones seguras o de riesgo, es ayudar a las parejas a evitar embarazos no deseados. Algunas investigaciones han demostrado que las tasas del aborto disminuyen con el aumento del uso de métodos anticonceptivos efectivos. Por ejemplo Chile, a medida que aumentó el uso de métodos de planificación familiar entre las mujeres casadas, del 3 al 565 entre 1960 y 1990, la tasa de aborto descendió de 77 a 45 abortos por 1000 mujeres casadas en edad reproductiva.

A pesar del impacto potencial que el aumento en el uso de anticonceptivos pudiera tener en reducir las tasa de aborto,

⁴² Cuarta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

aproximadamente 350 millones de parejas alrededor del mundo carecen de información sobre anticonceptivos y acceso a la gama completa de métodos de planificación familiar. De 120 a 150 millones de mujeres casadas que desean aplazar su embarazo o no tener más hijos no usan ningún método de planificación familiar. Una cifra adicional de 12 a 15 millones la constituyen las mujeres solteras que quieren evitar el embarazo pero no tienen acceso a información y servicios de planificación familiar.

Los proveedores de servicios de planificación familiar juegan un rol importante en reducir la necesidad de aborto al asegurar que sus servicios sean accesibles, asequibles y respondan a las necesidades y preferencias de sus usuarias.

Actualmente, algunas ONGs están utilizando la anticoncepción de emergencia par evitar embarazos no deseados. Consiste en la administración de anticonceptivos orales a dosis altas dentro de las 72 horas después del acto sexual sin protección.

2.6. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Alguno cánceres continúan siendo una seria amenaza para la salud de las mujeres, en quienes se espera que la proporción de muertes por él causadas aumente a nivel mundial. Entre los cánceres más frecuentes en las mujeres se encuentra n el de cuello uterino y el de mama.

El Cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre las mujeres de los países en desarrollo. Este cáncer puede ser tratado con éxito -ya sea por

cirugía o radioterapia- cuando se lo detecta tempranamente. De allí la importancia de instituir programas de detección oportuna en gran escala, ya que pueden lograr una reducción dramática en la mortalidad provocada por el mismo.

En el Ecuador el cáncer de cuello uterino se ha constituido en un problema de considerable magnitud, ya que constituye el tumor más frecuente en las mujeres y además es la segunda causa de muerte entre los tumores malignos, solamente antecedido por el cáncer de estómago.

La tasa de incidencia estandarizada del cáncer invasor es de 30 por 100.000 mujeres, lo que coloca al Ecuador entre los países de más alta incidencia en el mundo⁴³.

La detección temprana del cáncer de cérvix se lo realiza a través del PAPANICOLAOU, el mismo, que según la recomendación médica debe realizarse una vez al año en condiciones normales.

El cuidado en cuanto a prevención en salud es muy escaso, en este aspecto, sólo el 26% de mujeres en edad fértil (MEF) se hicieron la prueba de PAPANICOLAOU entre 1997 y 1998, esta realidad es más cruda en el caso del área rural, ya que solo el 16% de las MEF se realizó esta prueba en ese periodo.

Un nivel crítico es aquel en que las MEF nunca se hayan realizado un PAPANICOLAOU, en el área rural el 70% y en la urbana el 49%, el resto

⁴³ SOLCA. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES, 1998

alguna vez se hicieron la prueba. La prevención del cáncer del útero, se vuelve así una utopía.

Existe una relación directamente proporcional en el nivel de instrucción alcanzado por las MEF y el porcentaje de ellas que se hicieron alguna vez una prueba de PAPANICOLAOU. De las mujeres sin ninguna instrucción sólo el 25.5% se hicieron la prueba, mientras en los niveles superior y postgrado alcanza el 55 %.

En relación al área de residencia de las MEF, tenemos que las que habitan en el área urbana casi la mitad de ellas en todos los niveles se hicieron alguna vez el PAPANICOLAOU, en el área rural en cambio difícilmente alcanza el 35.5% (con instrucción superior) de las MEF que se hicieron alguna vez la prueba.⁴⁴

2.7. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La salud reproductiva busca prevenir, curar y resolver las enfermedades de transmisión sexual.

La incidencia mundial de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es alta y sigue aumentando,. La situación ha empeorado considerablemente con la aparición del VIH. Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

⁴⁴ LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA EN EL ECUADOR. Un enfoque de los contrastes regionales, urbano-rural y de género. INEC. 1998

Las ETS constituyen un problema de salud pública en los países en desarrollo y en los desarrollados, siendo en los primeros diez a cien veces más alta que en los segundos.

Los jóvenes exhiben las tasas más elevadas de ETS. Por ejemplo, en los EEUU las mujeres de 15 a 19 años presentan la incidencia más alta de gonorrea, y los varones de 15 a 19 años ocupan el segundo lugar más alto de todos los grupos de edades en cuanto a incidencia de gonorrea.

Las consecuencias biológicas, sociales y psicológicas que causan estas enfermedades son importantes; en el campo biológico, nacimiento de niños infectados, esterilidad, aborto, lesiones corporales irreversibles, cáncer e incluso muerte. En los campos social y psicológico, marginación, rechazo, culpabilidad, etc.

En cuanto al SIDA, por sus características epidemiológicas propias, es necesario recordar que, actualmente es la principal causa de defunción en África y la cuarta por orden de importancia en todo el mundo. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en diciembre de 1999 había 34.3 millones de hombres, mujeres y niños que vivía con el VIH o el SIDA y habían perdido la vida a causa de la enfermedad 18.8 millones de personas. En 1999, hubo 5,4 millones de nuevos contagios en todo el mundo.; de ellos los 4 millones ocurrieron en el África. Y aproximadamente un millón, en el Asia meridional y suboriental, donde las tasas de prevalencia van en rápido aumento en algunos países. La mitad de todos los nuevos contagios con el VIH ocurren en jóvenes entre 15 y 24 años de edad.⁴⁵

⁴⁵ FNUAP Estado de población mundial 2000

Según estimaciones, un 95 por ciento de las personas que se han contagiado con esa enfermedad viven en países en desarrollo y dos tercios viven en África al Sur del Sahara, donde el 8 por ciento de entre 15 y 49 años de edad tienen serología positiva al VIH.⁴⁶ El SIDA tiene un terrible efecto sobre los individuos y comunidades, dado que abate a los trabajadores, deja huérfanos a los niños y sobrecarga enormemente los servicios de atención de la salud y los sistemas sociales.

En el Ecuador, los datos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y VIH/SIDA son escasos. Aunque existe información limitada de ETS provenientes de estadísticas hospitalarias, existe una escasez de información epidemiológica confiable desagregada por sexo y edad. Existen 1.246 casos reportados de SIDA y 1.211 casos de VIH positivo de acuerdo a la última información disponible para el periodo 1984 . 1999. La mayoría de ecuatorianos infectados oscilan entre los 10 y 29 años de edad con una ligera predominancia masculina y siendo el contagio heterosexual la forma de transmisión más frecuente. Existe una incidencia preocupante en 1999 relacionada con casos crecientes de transmisión perinatal ⁴⁷. De acuerdo a ONUSIDA, al final de 1999 se estimó 12.000 o tantos como 26.000 adultos ecuatorianos y niños estaban viviendo con VIH/SIDA.⁴⁸

2.8. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

⁴⁶ FNUAP. Estado de la población Mundial. 1999

⁴⁷ Ministerio de Salud Pública, Programa nacional de VIH/SIDA, Marzo 2000

⁴⁸ Informe Global de la Epidemia de VIH/SIDA, ONUSIDA, junio 2000

La violencia contra la mujer es un obstáculo para el desarrollo porque niega su libertad, su identidad, su afectividad, su capacidad de comunicación, su seguridad, su creatividad y hasta su posibilidad de subsistencia y de participación.

La violencia niega su libertad, porque refuerza el control de las mujeres por parte de sus esposos o convivientes; niega su identidad, porque refuerza la subordinación de la mujer al hombre; niega su afectividad y su capacidad de comunicación porque es la antítesis de ellas; niega su seguridad y creatividad porque paraliza psicológicamente y provoca desamparo; y niega su subsistencia y participación cuando ésta se convierte en un mecanismo para negar el sustento o para impedir la participación de la mujer en organizaciones, grupos o reuniones fuera del hogar.

Por otra parte, es conocido que la libre elección de la sexualidad y la reproducción se ha visto impedida por la existencia de diversos tipos de actitudes violentas generadas por inequidades de género, lo cual se ha constituido en un problema de salud pública por las condiciones de inseguridad de la víctima que generalmente es la mujer.

En América Latina, un estudio de CEPAL señala que en incidentes de violencia en parejas, el 2% de las víctimas son hombres, el 75% son mujeres y el 23% son casos de violencia recíproca. En Ecuador, el 98% de las denuncias por violencia en el hogar son presentadas por mujeres y el 2% por hombres.

Siendo en cierta forma un reflejo de lo que son las políticas sociales del país, la violencia contra la mujer y la familia en Ecuador es un problema que lejos de disminuir, se ha intensificado en los últimos años. Se estima que al

menos 6 de cada 10 mujeres ecuatorianas, de todos los estratos sociales, son víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar, de las cuales únicamente el 20% denuncia al agresor, lo que deriva en un alto índice de impunidad.

Pese a este diagnóstico poco alentador, los movimientos femeninos continúan cosechando logros en materia legal, de amparo, de prevención y sanción, a efectos de combatir esta lacra social, cultural y económica que representa la violencia de género para el país.

Se han establecido 19 comisarías de la Mujer y la Familia, en todo el país, que junto con la puesta en vigencia de la Ley Especial Contra la violencia de la Mujer y la Familia, desde 1996, constituyen dos de las principales conquistas en el ámbito legal.

2.9 ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de la salud reproductiva, de trascendencia por sus repercusiones en la salud futura del individuo.

Más de 1.000 millones de personas, de los 6.000 millones de habitantes del mundo, tienen entre 10 y 19 años de edad.

Los adolescentes, a la vez vulnerables y mundanos, constituyen un grupo particularmente heterogéneo: en algunas sociedades, ya están casados o han procreado, en otras, están alienados y aislados del mundo de los adultos o necesitados de protección especial contra la explotación

sexual, el trabajo infantil o la conscripción que los arrastra a participar en conflictos armados.

La convención sobre los Derechos del Niño reconoce los derechos de los niños hasta la edad de 18 años; pero los adolescentes ya no son niños en el sentido tradicional, aún cuando tampoco son todavía adultos. Un adolescente que debe trabajar para mantener a su familia, luchar en las guerras de su país o cumplir funciones de cabeza de familia, a menudo comprueba que tiene que valerse por sí mismo, en ausencia de una voz política y sin la base del apoyo de la familia y de la comunidad con que contaba cuando era más pequeño.

Es una tragedia humana, amén de una grave conculcación de los derechos humanos, llevar a los niños hasta el umbral de la edad adulta, para luego denegarles la oportunidad de plasmar plenamente su potencial. Los adolescentes necesitan y merecen la oportunidad de finalizar sus estudios y participar en actividades junto con otros jóvenes de la misma edad. Necesitan y merecen contar con lugares seguros, como escuelas, institutos de formación profesional y centros de la juventud, donde desarrollar las aptitudes necesarias para abordar las situaciones de la vida.

La fecundidad adolescente es un problema que va más allá de los ámbitos de la salud física y psicosocial, constituye un fuerte indicador del desarrollo social.

Datos recientes del Centro Latinoamericano de Demografía estiman el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en alrededor de 20%; sin embargo, este número oculta las notables diferencias que existen en las

tasas de fertilidad de la región que van desde 138 por 1000 para el Salvador, hasta 66 por 1000 para Chile.

Muchos de los factores causales del embarazo en adolescente tienen relación con las condiciones socioeconómicas. Para citar un ejemplo, es bien sabido que la escolaridad es tal vez el factor social más importante para modificar la fecundidad de las mujeres, y lo es aún más en el caso de las adolescentes.

Zeidenstein, del Population Council señala que .. ~~la~~ educación es uno de los aspectos críticos de la discriminación económica hacia las mujeres. En muchos países las muchachas reciben menos educación que los varones. Como resultado de esta falta de oportunidades de educación, las mujeres en los países mas pobres presentan mayores tasas de fecundidad adolescentes y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. El vínculo entre poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo⁴⁹

Por otra parte, una diversidad de estudios realizados en países de la región demuestran que la causa de los embarazos en adolescentes radica no solamente en su ignorancia respecto a la anticoncepción, ni en la inaccesibilidad de los servicios y métodos, sino, muy sustancialmente, en los patrones socioculturales que refuerzan las condiciones de subordinación de la mujer dentro de la sociedad y en la frecuente falta de habilidades para establecer un plan de vida por parte de los y las adolescentes. En muchos casos, las jóvenes se embarazan porque no existen otras alternativas (de estudio o trabajo) para adquirir status dentro de su grupo. Cuando la cultura

⁴⁹ .O.P.S. Hablemos de Salud Sexual. 1999.

y los medios exaltan la maternidad y ésta se encuentra tan cercanamente vinculada con la identidad femenina, quedan pocos caminos que no conduzcan a la búsqueda, muchas veces inconsciente, de un embarazo, a pesar de las consecuencias que afectarán y marcarán toda la vida de la adolescente.

Los riesgos y consecuencias del embarazo precoz afectan tanto a la madre como al hijo, al igual que a la sociedad. Los riesgos biomédicos para la joven y el niño son muy conocidos; menos estudiados son los riesgos asociados al desarrollo infantil, tales como desnutrición, problemas de aprendizaje y conducta, entre otros. Sólo hasta fechas recientes se da importancia al precio psicosocial que la joven paga: reincidencia del embarazo, abortos realizados en pésimas condiciones, deserción escolar, en caso que asista a la escuela, matrimonios y uniones precipitados y disminución de las posibilidades de capacitación y empleo. Los varones, aunque en menor grado, también se ven afectados. En pocas palabras, el embarazo en adolescentes compromete el potencial de un pleno desarrollo humano de un gran sector de la población.

En el Ecuador, los altos índices de pobreza han determinado que muchos adolescentes asuman tempranamente roles de adultos, tales como la incorporación prematuramente al trabajo y el ejercicio de funciones de padre y madre, lo cual determina que la vida para estos adolescentes se limite a la superación diaria de la adversidad.

La población de adolescentes, en el Ecuador, entre 10 y 19 años de edad corresponde al 21.4% de la población total. Los embarazos entre adolescentes comprendidas entre las edades de 15 y 19 años representan el 16.1% del total de embarazo y 12.1% de estas jóvenes mujeres han

estado embarazadas ya por lo menos una vez. El 56% por ciento de estas madres adolescentes están casadas.

El perfil de la salud reproductiva descrito demuestra la persistencia de problemas que existen desde hace muchos años como altas tasas de mortalidad materna e infantil, bajas coberturas de control prenatal y atención del parto por personal capacitado, altas tasas de fecundidad, alta incidencia de abortos, los mismos que están en relación directa con el nivel de educación, equidad de género y condiciones socio económicas de la población; además, del surgimiento de otros nuevos como el aumento de la incidencia del cáncer cervicouterino y la ETS. Lo que, está creando otra serie de problemas y ensanchando las brechas en cuanto a la equidad.

La orientación ampliada de la salud reproductiva requiere cambios de la forma en que se formulan las políticas y se planifican los servicios de salud a fin de promover los procesos de desarrollo, fomentar modos de vida sanos y proporcionar servicios que respondan a las necesidades de salud reproductiva, al tiempo que permiten avanzar en lo tocante a la equidad, la eficiencia y la eficacia.

Es imperioso difundir y analizar este concepto nuevo e integrado de la salud reproductiva, cuya aplicación en la práctica debe apoyarse en los valores y la cultura de cada país, reconocer las diferencias, respetar los derechos de todos y fortalecer un proceso de aprendizaje dentro de la familia, el grupo de referencia, la cultura y la sociedad para promover el desarrollo humano y la salud para todos. Además, exige que los servicios de salud consideren la calidad de la asistencia que prestan como uno de los elementos principales de los cambios que se necesitan efectuar.

CAPITULO III

DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3.1. LOS DERECHOS DE LA MUJER SON DERECHO HUMANOS

Un conjunto de tratados de derechos humanos y acuerdos celebrados en conferencias internacionales y forjados por los gobiernos por varias decenios . con la creciente influencia de un movimiento mundial cada vez más fuerte en pro de los derechos de la mujer- proporciona las bases jurídicas para eliminar la discriminación por motivos de género y la conculcación de los derechos de género. Esos acuerdos afirman que las mujeres y los hombres tienen iguales derechos y obligan a los Estados a adoptar medidas contra las prácticas de discriminación.

El punto de partida se encuentra en los principios de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos, a los cuales se adhieren todos los Estados Miembros de la Naciones Unidas. Después de que esos instrumentos fueron redactados en el decenio de 1940, se elaboraron descripciones concretas de los derechos y las libertades, pero cada uno de los tratados ulteriores sobre derechos humanos se ha basado en el reconocimiento explícito por parte de los precursores acerca de la igualdad de derechos y libertades fundamentales de cada hombre y cada mujer, y el hincapié que hicieron en proteger la dignidad básica de la persona humana.

Como expresiones de la conciencia del mundo, las decisiones adoptadas por consenso en conferencias internacionales son también poderosos instrumentos de promoción del cambio, tanto dentro de los países como en el plano internacional. La Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993 sobre los derechos humanos; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994, y la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995, y ratificada en la revisión de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1999 (CIPD+5), son acuerdos internacionales aprobados por consenso que apoyan firmemente la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer.

En particular, los documentos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, basados en acuerdos de derechos humanos, expresan claramente los conceptos de derechos sexuales y reproductivos . inclusive el derecho a la salud sexual y reproductiva, elección voluntaria del cónyuge, de las relaciones sexuales y de la procreación; la protección contra la violencia y la coacción sexuales; y el derecho a la vida privada⁵⁰- que son imprescindibles para la igualdad de género.

No obstante, para que los derechos de la mujer se plasmen en realidad, es necesario que se los tome seriamente, especialmente por parte de los hombres. Para esto es necesario impartir educación y crear conciencia en la población. Asimismo, también es necesario que los derechos de la mujer se incorporen en las políticas, leyes y programas nacionales.

⁵⁰ FNUAP:1997. Estado de la Población Mundial 1997. El derecho a elegir. Derechos reproductivos y salud reproductiva, capítulo I

Algo muy importante que hay que tener en cuenta, y que ya fue reconocido en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, es que la potenciación del papel de la mujer y la mejora de la condición jurídica y social son fines importantes en si mismos e imprescindibles para el logro del desarrollo sostenible.

En los últimos años, se han registrado muchas victorias jurídicas. México y el Perú, por ejemplo, han promulgado leyes para incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva. Portugal ha encomendado su constitución y especifica que el Gobierno debe garantizar los servicios de planificación de la familia, China, Colombia, el Reino Unido y Vietnam han incrementado la severidad de los castigos a diversas infracciones sexuales. Bolivia ya no requiere que para que una mujer sea considerada damnificada en un caso de delito sexual, se pruebe que es ~~%honesta+~~. Alemania ha tipificado como delito la violación de la esposa por el esposo. Varios países han proscrito la mutilación genital femenina. Pero es mucho lo que queda por hacer.

En Ecuador, el marco legal que respalda los derechos de las mujeres ha evidenciado un progreso significativo, incluyendo las Reformas Constitucionales de 1998, que enfatiza la igualdad en el tratamiento de las personas ante la ley, que incluye la provisión de igualdad de derechos a todos los miembros de la familia y esposo y el derecho de las mujeres a tener el mismo nivel de ingresos que los hombres.

La Ley Contra la Violencia de la Mujer y la Familia, que acoge lo expresado en la Constitución ecuatoriana que garantiza la creación de una ley para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer y la familia, porque: protege la dignidad y estabilidad de la familia, como parte

fundamental de la sociedad; protege a los menores de la violencia física y moral; prohíbe la discriminación por razón de sexo; garantiza el derecho a la vida y la integridad personal. Y la Ley de Participación Política, aprobada en el 2000, que señala que el 30% de las candidaturas para elecciones deben ser mujeres.

A pesar de estos avances las condiciones de pobreza y sociales de la mujer no ha mejorado en los recientes años debido a la situación económica y social del país.

- **Tratados de Derechos Humanos**

En el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas, aprobada en 1945, se reafirma ~~la~~ fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas+. En la Carta se reconoce que un propósito de las Naciones Unidas es ~~realizar~~ la cooperación internacional en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión+.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948, amplió más el alcance de los derechos humanos reconociendo por primera vez en la historia los derechos humanos como una responsabilidad de carácter mundial. En el artículo 1 se resumen todos los demás artículos y

posteriores tratados y convenciones cuando se expresa *«todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos»*.

Más de 20 años después de aprobar la Declaración Universal de Derechos Humanos, la comunidad internacional convino en dos pactos en que se indican más detalladamente los derechos consagrados en la Declaración: el Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos, llamado el pacto político y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, denominado el pacto de derechos económicos. Ambos entraron en vigor en 1976. Son jurídicamente obligatorios para los Estados que los han ratificado. No obstante, son muchos los Estados miembros que no han ratificado y muchos otros lo han hecho, pero interponiendo reservas sustanciales.⁵¹

Ambos pactos incorporaron entendimientos basados en la Declaración, muchos de los cuales tienen importantes repercusiones con respecto a los derechos de género y reproductivos; son estos el derecho de la mujer a estar libre de todas las formas de discriminación, el derecho a la libertad de reunión y asociación, y los derechos pertinentes a la familia. El pacto político entre otras cosas, reconoce los derechos a la *«libertad y seguridad de la persona»* (Art. 9); y a la *«libertad de expresión»*, inclusive *«la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole»* (Art. 19); y afirma que *«el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes»* (Art. 23).

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, declaró que los derechos humanos son una norma universal,

⁵¹ FNUAPEstado de la Población Mundial 2000

independiente de los estándares vigentes en cada uno de los Estados. En la Declaración de Viena se destaca que los derechos de las mujeres y las niñas son inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos, y que requieren atención especial como parte de todas las actividades de derechos humanos.⁵²

- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer fue aprobada por la Asamblea General en 1979; en enero del año 2000 tenía 165 Estados Partes. En la Convención se trata de abordar la discriminación generalizada de índole social, cultural y económica contra la mujer y se declara que los Estados deben esforzarse por modificar las pautas sociales y culturales de conducta que crean estereotipos para uno y otro sexo o colocan a las mujeres en posición de inferioridad. También se declara que los Estados deben velar porque las mujeres tengan igualdad de derechos en materia de educación e igual acceso a los servicios de salud; y eliminar la discriminación contra la mujer en todas las cuestiones relativas al matrimonio y las relaciones de familia. La Convención declara que los Estados deben actuar para eliminar toda conculcación de los derechos de la mujer, sea ésta cometida por personas privadas, grupos u organizaciones.

⁵² Ibid

La Convención plantea definiciones y normas más claras que las que figuran en pactos anteriores en lo concerniente a la igualdad de género y amplía las protecciones contra la discriminación. En particular, reconoce que debido a que hay diferencias en los papeles de género definidos socialmente, las disposiciones contra la discriminación y el abuso no pueden estipular simplemente la igualdad de trato para hombres y mujeres; debe haber una definición más positiva de las responsabilidades que aplique a todos por igual normas apropiadas relativas a los derechos. Se reconoce la necesidad de examinar las normas y prácticas sociales relativas al género para asegurar que no debiliten las garantías de vigencia de los derechos, que aseguran la igualdad de ambos sexos en todos los aspectos de sus vidas.

Casi todos los Estados han ratificado la Convención sobre los derechos del Niño, lo que la convierte en un fuerte instrumento para responsabilizar a los gobiernos de cuestiones relativas a derechos humanos. Además de defender los derechos concretos de los niños, esta Convención, aprobada en 1989, trata ampliamente de las relaciones de género. Reafirma, por ejemplo, el derecho a los servicios de planificación de la familia, reconocidos por anteriores convenios y conferencias.

En el Art.24 se obliga a los Estados a asegurar atención prenatal y postnatal apropiada a las madres+. También se exhorta a adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños+; éste es un reconocimiento explícito a los abominables efectos de prácticas como la mutilación genital femenina. En el Art. 34 se establece que los Estados deben comprometerse a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales+. En el Artículo 17 se establece que los niños

deberán tener acceso a la información que tenga por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental.

Al aplicar la convención, el Comité de los Derechos el Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen leyes para prohibir la mutilación genital femenina (1997); ha exhortado a Kuwait a adoptar medidas para prevenir y combatir los matrimonios precoces (1998), y ha instado a México a elevar y uniformar la edad legal mínima de varones y mujeres para contraer matrimonio.⁵³

3.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos surgen del movimiento de mujeres en las últimas décadas, y se refieren al derecho de la mujer de ser dueña de si misma y de su cuerpo. Es concebir a la mujer no como el otro, objeto o propiedad del hombre, esposa de alguien, madre de alguien, hija de alguien, sino como ser para si mismo, con una historia propia por construir, de la cual debe ser protagonista y responsable Se refiere principalmente al derecho de decidir sobre su fertilidad y a reconocer el placer sexual como un derecho inherente a las personas.⁵⁴

En la nueva conceptualización de la salud reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos se fortalecen y permiten que los hombres y las mujeres puedan ejercer de manera autónoma e informada una sexualidad

⁵³ FNUAP,2000. Hombres y mujeres en tiempo de cambio.

⁵⁴ Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres. HOJAS DE ACCION.

sana y placentera, independiente de la reproducción, exenta de cualquier forma de violencia, abuso o acoso, que la mujer tenga derecho a estudiar y a tener un trabajo sin ser rechazada por la sociedad; que el hombre y la mujer tengan derecho a la maternidad y la paternidad libre, el derecho a controlar voluntariamente su fecundidad y el espaciamiento entre sus hijos, el derecho a tener opciones de calidad en los servicios de atención y a una educación sexual oportuna, integral, gradual y científicamente aceptada.

Según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Estos derechos en el Ecuador, como en otros países, están incluidos en la Constitución y leyes del país y en el Plan Nacional de Derechos Humanos y, garantizan la aplicación de los Derechos Humanos entre los que se encuentran los relacionados con la sexualidad y la reproducción humana.

Ecuador, acogiendo la propuesta de la Declaratoria y Programa de Acción de Viena, de 1993, a través del Ministerio de Relaciones Exteriores en coordinación con la Sociedad Civil, elaboró El Plan Nacional de Derechos Humanos que entró en vigencia como Ley de la República mediante Decreto

Ejecutivo 1527, de 18 de junio de 1998, publicado en el Registro Oficial número 346 de 24 de junio de 1998.⁵⁵

Este Plan reconoce todos los derechos humanos que se encuentran recogidos en las declaraciones y tratados internacionales y, en la Constitución Política ecuatoriana; entre los cuales están: derechos civiles y políticos, derechos económicos, sociales y culturales, derechos colectivos, derechos de la niñez, derechos de los jóvenes, derechos de las mujeres, etc.

El Plan Nacional contiene 26 Planes Operativos para hacer frente a las situaciones de la mujer, el niño y el adolescente, la familia, etc. Plan que es considerado como una política de Estado que trasciende a los Gobiernos y a las personas. Pero es importante, responder al desafío mayor: traducir en hechos sus propuestas para garantizar el goce de las libertades de todos los/las ecuatorianos/as y asegurarles una vida más digna; para lo cual es necesario que todas las fuerzas políticas, económicas y sociales del país conviertan al Plan Nacional en el eje central del desarrollo humano del Ecuador.

En conclusión, los derechos reproductivos incluyen los derechos de todos los individuos a controlar sus propios cuerpos, a tener sexo consensuado, sin violencia ni coerción y a entrar en el matrimonio con el consentimiento pleno y libre de ambas partes. Los derechos reproductivos son esenciales para que las mujeres ejerzan su derecho a la salud e incluyen el derecho a servicios de salud reproductiva integrales y de buena

⁵⁵ Plan Nacional de Derechos Humanos del Ecuador.

calidad que garanticen la privacidad, el consentimiento plenamente informado y libre, la confidencialidad y el respeto.

Los derechos en el ámbito de la salud reproductiva incluyen:

- La libertad sexual y reproductiva;
- La igualdad entre mujeres y hombres;
- La dignidad individual.

3.3. RELACIONES DE GÉNERO Y EQUIDAD.

Qué es género? Por qué no hablar simplemente de sexo femenino y masculino? Estamos acostumbrados a distinguir claramente a la mujer del hombre. Sólo el ser humano de sexo femenino puede embarazarse, dar a luz, amamantar a los hijos. Las diferencias entre los sexos son claras, las conocemos muy bien y no entendemos por qué confundirnos con este nuevo término ~~género+~~.

Tenemos que salir del marco biológico de referencia para entender la diferencia entre sexo y género. El sexo determina una serie de características y funciones biológicas. El género se refiere a las construcciones que la sociedad hace, y que determina el papel que se atribuye a las mujeres y a los hombres en una cultura específica. Sólo la mujer puede embarazarse, y eso es biológico. No hay nada biológico que determine que la mujer debe cuidar a los hijos, pero culturalmente aceptamos que cambiar los pañales es del dominio de la mujer y no del

hombre, así como la política es el dominio de los hombres y las mujeres eran consideradas intrusas en este ambiente de franco dominio masculino. Así, en nuestra cultura, cuidar a los hijos es una función que se atribuye al género femenino, y gobernar es función que se atribuye al género masculino.

El uso del concepto de género aumenta cada vez más porque permite distinguir entre los papeles reproductivos del hombre y de la mujer, que dependen de su biología, y el papel de género, determinado por la sociedad, que varía de una cultura a otra. Entender que el papel de género no es biológico o *natural* permite sostener que este papel puede mudar y tornarse más equitativo.

Es así como al género se entiende como una construcción social y cultural de las diferencias sexuales que expresa relaciones de poder en la sociedad. Esta definición implica, por un lado, que las relaciones de género atraviesan todo el tejido social y, por otro, que expresan relaciones de desigualdad. En otras palabras, el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias sexuales y una forma primaria de relaciones significantes de poder.⁵⁶

La asignación de género se realiza en el momento del nacimiento, ya sea por el médico, la partera o la familia a través de la observación de los órganos sexuales, la base de la asignación es a partir de un cuerpo sexuado con el que un individuo nace. En este momento comienza un proceso de construcción social, en el que la sociedad enseñará a su nuevo miembro los patrones de comportamiento para el género al cual fue asignado.

⁵⁶ PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. Ecuador, 1999

Las instituciones sociales a través de las cuales se aprende el género son múltiples: la familia, la escuela, la iglesia, los medios masivos de comunicación, por mencionar sólo algunas. La familia juega un papel central en el aprendizaje de género, porque es la primera fuente de conocimientos para el/la niño/a, quien pronto aprenderá lo que se espera de él/élla

El género no sólo se refiere a las relaciones sociales, sino a un sistema de símbolos de lo masculino y lo femenino culturalmente disponibles, a un conjunto de normas que definen el deber ser de hombres y mujeres en una sociedad determinada; a una serie de instituciones y organizaciones sociales que moldean y son moldeadas por las relaciones entre hombres y mujeres (como el mercado de trabajo, la familia, la educación, el Estado); y la identidad subjetiva de cada persona.

En suma, las relaciones de género es un concepto que condensa la interrelación de símbolos, normas, instituciones e identidades alrededor de lo femenino y lo masculino.

Siendo principalmente una dimensión analítica que expresa relaciones de desigualdad, el género se articula necesariamente con otras dimensiones, como el grupo étnico y la clase social. Bajo esta perspectiva de procesos de construcción de diversas formas de desigualdad, se convierte en una categoría analítica fundamental y en un importante indicador del desarrollo humano.

Cuando hablamos de relaciones de género inequitativas, partimos entonces del reconocimiento de una situación de desigualdad socio-económica, cultural y simbólica, presente en procesos y prácticas sociales que colocan en posición de desventaja a mujeres frente a hombres, a

mujeres frente a otras mujeres y a hombres frente a otros hombres. La equidad de género se refiere, por un lado, a la necesidad de impulsar procesos de redistribución de recursos, de poder, de saberes, de información; y por otro, a la búsqueda de reconocimiento y legitimidad de las diferencias. En esta tensión entre redistribución y reconocimiento, entonces, se construye la equidad de género.

3.4. INEQUIDADES SOCIALES

Pese a los enormes cambios ocurridos en el siglo XX, en las culturas de todo el mundo siguen firmemente arraigadas la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas. Las ideas acerca de ~~los~~ los hombres verdaderos+ y ~~el~~ el lugar de la mujer+ son transmitidas de una generación a la siguiente, son inculcadas a temprana edad y son difíciles de cambiar.

Estas restricciones imponen un pesado costo. Se deniega a las niñas y a las mujeres de todo el mundo el acceso a la educación y a la atención de la salud. Millones de ellas están sometidas a malos tratos y violencia. Se presta menos atención a sus problemas médicos que a los de los hombres. Se les deniegan oportunidades en el lugar de trabajo y reciben menos remuneración que un hombre por realizar las mismas tareas.

Los hombres y las sociedades también pagan un precio. No obstante, hasta hace poco se consideraba que la discriminación por motivos de género carecía de importancia o era inexistente; y o bien se la aceptaba, o bien se hacía caso omiso de ella, sin que fuera considerada ni siquiera en las estadísticas. Si bien muchos países han comenzado a adoptar medidas

para proteger los derechos de la mujer y promover la igualdad, en la realidad el adelanto ha sido lento.

No se pondrá fin a la discriminación por motivos de género hasta que todos cobren conciencia de sus contradicciones intrínsecas y hasta que los países, las comunidades y las familias adopten medidas para eliminarla.

Para alcanzar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es necesario disponer de información que visualice las desigualdades de género. Estas afectan a todas las mujeres, con características y magnitudes diferentes, dependiendo del contexto socioeconómico y geográfico en el que ellas se ubican. La información en forma de indicadores con perspectiva de género permitirá la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de políticas con equidad, condición necesaria para lograr un desarrollo sostenible.

El análisis de las desigualdades de género, en el Ecuador, adquiere especiales características cuando se las mira articuladas a la división rural/urbana, a la regionalización y a los diferentes grupos étnicos. Por ello, el peso de lugar de residencia de la población tiende a ser determinante en la definición de mayores o menores brechas de género.

El acceso a la educación y salud, por ejemplo, varía notablemente si hablamos de mujeres indígenas, de campesinas costeñas, de hombres amazónicos o urbanos. Asimismo, la sierra rural es mayoritariamente femenina mientras que en el campo costero predominan los hombres. Más mujeres que hombres costeños migran a las ciudades, más hombres indígenas que mujeres lo hacen en la Sierra.

Los cambios sociales de las última década han afectado de manera desigual a la población ecuatoriana. Son las mujeres y entre ellas, las que viven en el campo, quienes más privaciones sufren actualmente en sus oportunidades para desarrollar sus potenciales individuales

El acceso a los servicios es más difícil para las mujeres, particularmente para las indígenas. En 1998, por ejemplo, las mujeres indígenas debían esperar casi el doble del tiempo que los hombres no indígenas para ser atendidos en los centros de salud. En el mismo año, la mitad de las mujeres del campo no recibieron atención durante sus embarazos y una de cada dos mujeres indígenas no contaron con la atención profesional o capacitada durante su último parto.⁵⁷ Más mujeres de las ciudades que del campo pueden escoger cuantos hijos tener y cuando tenerlos. La maternidad en adolescentes, un grave problema en el país, es también mayor en las áreas rurales. Las mujeres mueren por causas distintas que los hombres y crecientemente enfrentan ciertas causas de muerte como las enfermedades del corazón y del cáncer, antes preponderantemente masculinas.

Si bien el país ha experimentado políticas de planificación familiar desde los años 60, éstas han sido responsabilidad de las mujeres. En 1999, más de la mitad de la mujeres emparejadas del país usaban anticonceptivos, 66% en las ciudades y 44% en el campo. Los hombres, debido básicamente a obstáculos culturales, asumen un papel muy secundario o casi nulo en la planificación familiar.

⁵⁷ Larrea, Carlos, Prieto, Mercedes y Reed, Carolina 1997, Indicadores para el análisis de las desigualdades de Género: Educación y empleo en el Ecuador, Quito. UNICEF.

La educación es el área en la cual las mujeres ecuatorianas han logrado su mayor progreso en las últimas décadas. El mejor indicador de la tendencia hacia la equidad entre los sexos en el acceso a la educación es la matrícula en establecimientos docentes. Las mujeres han progresado más rápidamente que los hombres, especialmente en el nivel secundario. En 1998, por ejemplo, la escolarización de las niñas menores de 12 años sobrepasaba la de los varones (90% y 80%, respectivamente); asimismo, la matrícula femenina era mayor que la masculina entre los y las jóvenes de 12 a 17 años. En general, las niñas y las jóvenes muestran un mejor rendimiento escolar que los varones. Pero, esta mejora no ha sido igual para todas las niñas y mujeres ecuatorianas. Las mujeres de las ciudades son las que mayor educación han alcanzado: 8 años de escolaridad en promedio, el doble que las mujeres del campo. Las mujeres indígenas mantienen un gigantesco déficit histórico en cuanto a la adquisición de destrezas mínimas de escritura y lectura. En 1995, casi la mitad de las mujeres indígenas no sabían leer ni escribir, en comparación con el 8% de las mujeres de las ciudades.⁵⁸

A pesar de la creciente incorporación de las mujeres a la fuerza del trabajo, continúa la disparidad entre los sexos y falta mucho para conocer la verdadera magnitud de sus esfuerzos, puesto que, las fuentes de estadística, no registran el tiempo que las mujeres dedican a las labores domésticas y al cuidado del hogar; gran parte del trabajo que realizan las mujeres es mal remunerado o no tiene remuneración, En 1999, el 45.1% de las mujeres eran económicamente activas, en contraste con el 71.5% de los hombres^{59 60}. Las oportunidades de empleo asalariado son particularmente

⁵⁸ Ibit

⁵⁹ Mujeres y hombres del Ecuador en cifras, Quito. INEC-CONAMU, 1999

escasas para las mujeres del campo. Las mujeres tienen, además, pocas oportunidades para ahorrar y obtener crédito o condiciones de trabajo peores que los hombres y reciben menores salarios, ante trabajos similares, que los hombres, aproximadamente 20% menos.⁶¹

Es preocupante, que entre los grupos campesinos e indígenas, mientras más mujeres conforman los hogares, mayor es la incidencia de la extrema pobreza. Y la situación es especialmente crítica para las jefas de hogares. Ellas se ven obligadas a participar en la fuerza de trabajo con más frecuencia que las demás mujeres, pero tienen mayores dificultades para ganarse la vida con su trabajo: ganan la mitad que los hombres responsables de familias. Los hogares encabezados por mujeres tienen menos acceso a los recursos productivos y al crédito institucional. La participación laboral de las mujeres es crítica para el bienestar de las familias pobres. En muchos casos, son ellas quienes ayudan a sus hogares a salir de la pobreza, especialmente cuando pueden emplearse. Por ello, uno de los graves problemas sociales es la falta de oportunidades que tienen las mujeres, particularmente en el campo, para obtener trabajo remunerado.⁶²

Desde la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1981, el Ecuador ha dado curso a varias reformas constitucionales y de legislación secundaria.

⁶⁰ Revista Gestión, Economía y Sociedad. Enero del 2001, No. 79, Ecuador

⁶¹ Obsid 59

⁶² Informe sobre Desarrollo Humano, Ecuador 2000, Mujeres , relaciones de género y equidad

Al final de la década han surgido dentro del Estado importantes estructuras que garantizan la institucionalización de políticas públicas orientadas a la equidad de género: el Consejo Nacional de las Mujeres, (CONAMU), organismo adscrito a la Presidencia de la República; la Comisión Permanente de la Mujer, el Niño, la Juventud y la Familia del Congreso Nacional; y la Defensoría de la Mujer. Estas tres entidades son importantes núcleos de debate, formulación y ejecución de políticas en beneficio de mujeres y la equidad de género.

La Constitución de 1998 presenta un giro importante para el Estado Ecuatoriano pues marca un compromiso por el reconocimiento de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Por ello constituye un hito fundamental en el proceso de fortalecimiento de los derechos de las mujeres ecuatorianas. El movimiento de mujeres jugó un rol fundamental al preparar, presentar y sostener ante la Asamblea nacional constituyente un conjunto articulado de reformas.

En lo referente a los derechos civiles, la nueva constitución garantiza:⁶³

1. La obligación del Estado de adoptar medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia contra las mujeres.
2. el derecho de hombre y mujer a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual individual.

En relación a los derechos políticos se garantiza que el Estado promoverá la participación equitativa de hombres y mujeres en procesos de

⁶³ REYES , Natasha, Hombres públicos, mujeres privadas, Quito, CONAMU, 1999

elección popular e instancias de dirección y decisión en el ámbito público, en los organismos de justicia, en los organismos de control y en los partidos políticos.

Dentro de los derechos económicos, sociales y culturales se afirma:

1. La igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos productivos y para tomar decisiones económicas en la administración de la sociedad conyugal y de la propiedad en general.
2. El reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado como productivo.
3. La garantía de igual remuneración por trabajo de igual valor.

En definitiva lo alcanzado en 1998 abre un camino muy prometedor para la construcción de un aparato jurídico y político con miras a la equidad de género en el país. Se espera que estos cambios normativos contribuyan a desatar transformaciones culturales significativas que permitan construir una sociedad más equitativa.

En conclusión, la equidad de género es una dimensión fundamental del desarrollo humano. Cualquier proceso que busque ampliar las opciones humanas debe asegurarse de que hombres y mujeres puedan desarrollar sin obstáculos su capacidad humana en forma plena. La equidad de género es uno de los principios que garantiza que estas capacidades humanas se desarrollen plenamente.

CAPITULO IV

DESARROLLO HUMANO

1. DEFINICIÓN DE DESARROLLO

A inicio del siglo anterior la sociedad veía al desarrollo como aumento per cápita de la producción anual de bienes y servicios, es decir, mientras mayores ingresos tenía mayor era el desarrollo, se lo medía a través del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, que no es sino el PIB dividido para la población.⁶⁴ Este concepto fue desechado por algunas razones, entre las que se encuentran:

Crecimiento económico es igual al incremento del PIB. Desarrollo económico es igual al mejoramiento del nivel de vida. Para que haya desarrollo es condición necesaria que exista base material, pero no es suficiente.

El término per cápita esconde la realidad, no toma en cuenta el desgaste de los recursos naturales ni tampoco el trabajo no remunerado como el trabajo doméstico.

⁶⁴ PIB .Producción que tiene un país en un año dentro de las fronteras geográficas. Es igual a :
Consumo + gasto + inversión + exportaciones – Importaciones.

Posteriormente se consideró al desarrollo como un crecimiento sostenido más la reducción progresiva de la pobreza a través de determinar cómo se está distribuyendo los recursos dentro de la economía.

Existen algunas formas para determinar o cuantificar la distribución de la economía una de ellas es el coeficiente Gini que no es sino la concentración de los ingresos por los segmentos de la sociedad.

Si la sociedad fuera igualitaria se esperaría que si tenemos 5% de ingreso le corresponda al 5% de la población. Pero en el Ecuador esto no sucede, lo que sucede es que el 70% del ingreso lo tiene el 10% de la población.⁶⁵

Es así como, las teorías iniciales del desarrollo, que tendían a asimilar al desarrollo al mero crecimiento económico, han perdido progresivamente aceptación, ante la evidencia acumulada, que muestra que el crecimiento de los países en desarrollo no conduce necesariamente a una mejora en las condiciones de vida de la mayoría de la población, ni es el único prerrequisito para lograr el desarrollo social. En América Latina, algunas experiencias como las de Venezuela y Brasil durante los años 70, muestran los límites de un crecimiento sin desarrollo social.

Actualmente, al desarrollo humano se lo concibe como la satisfacción creciente y sostenida de todas las necesidades humanas, tanto materiales como espirituales y culturales mediante el ejercicio y aumento de las capacidades humanas. Capacidad del ser humano y su agrupamiento para: trabajar y satisfacer sus necesidades materiales; acumular con vista a

⁶⁵ PNUD, informe sobre desarrollo humano, Ecuador, 1999

necesidades futuras propias y de las generaciones siguientes; aprender, generar y aplicar conocimientos; utilizar racionalmente la naturaleza.⁶⁶

El concepto de desarrollo humano, propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), define al desarrollo humano como el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, esas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo en todos los niveles de desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se posee estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles.⁶⁷

Pero, el desarrollo humano no termina allí. Otras oportunidades, altamente valoradas por las personas, van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar la garantía de los derechos humanos.

Los derechos humanos y la libertad política son inherentes a todos los seres humanos y sin su respeto no podemos vivir como tales. Los derechos humanos, civiles, culturales, económicos, políticos y sociales son universales, indivisibles e interdependientes. En la Declaración y el Programa de Acción en Viena aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos convocada por las Naciones Unidas en 1993, se destaca la importancia decisiva de los vínculos entre desarrollo, democracia y promoción de los derechos humanos. En los años que siguieron, la

⁶⁶ Módulo: Gerencia en formulación y evaluación de proyectos. IAEN, 2001

⁶⁷ PNUD, informe sobre desarrollo humano, Ecuador, 1999.

incorporación del derecho al desarrollo dentro de los derechos humanos, ha subrayado la necesidad de considerarlos explícitamente en el análisis del desarrollo humano.

Por otra parte, la equidad desempeña una función fundamental en la perspectiva del desarrollo humano. El concepto de equidad se aplica con mayor frecuencia a la riqueza o al ingreso. Pero, el desarrollo humano también hace hincapié en la equidad en cuanto a capacidad básica y oportunidades para todos, equidad en el acceso a la educación, a la salud, a los derechos políticos y equidad de género.

En este contexto, la salud reproductiva es una constante a lo largo de todo el ciclo de vida. Se extiende a las familias y los grupos comunitarios y tiene que ver con la interacción entre la población y el ambiente. La salud reproductiva se refiere a las personas y sus relaciones, sus valores, su cultura, su sentido de la ética y su visión de futuro, constituyéndose en la piedra angular del desarrollo humano tanto individual como familiar y comunitario.

4.2. DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

Desarrollo humano sustentable o sostenible significa satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la capacidad y las oportunidades de las generaciones futuras. De esta manera implica equidad tanto intra-generacional como Inter.-generacional. La sostenibilidad es una dimensión importante del desarrollo humano. El desarrollo humano es un proceso de ampliación de las opciones de la gente, que debe

garantizarse a las generaciones actuales y a las futuras sin sacrificar una en beneficio de la otra. Por lo tanto, el desarrollo humano tiene entre sus componente esenciales, el estar centrado en la gente, la preocupación por la potenciación humana, la participación, la equidad de género, el crecimiento equitativo, la reducción de la pobreza y la sostenibilidad de largo plazo.⁶⁸ Por ello, cuando se desea enfatizar los aspectos de sostenibilidad, se habla de desarrollo humano sostenible o sustentable.

El desarrollo sustentable debería aspirar a cubrir las necesidades materiales de la población en forma equitativa, vincular las políticas y los programas sobre población, salud reproductiva y desarrollo y trabajar para la erradicación de la pobreza, el acceso a los servicios de salud y el derecho a la educación en el contexto de un justo equilibrio entre los derechos humanos de los individuos y el derecho de las naciones al desarrollo.

La educación puede ser vista como finalidad, además de ser un medio crucial del desarrollo. Antes se decía que la educación era una herramienta para generar ingresos y a través de ello generar desarrollo. Actualmente, se dice que la educación en si genera desarrollo, personal y social.

Organismos internacionales reconocen que la pobreza, la desigualdad social y la falta de educación son las causas principales de la malnutrición y se insiste en que el mejoramiento del bienestar humano, incluido el nutricional, han de ser el eje de los esfuerzos del desarrollo económico y social de los países.

⁶⁸ Informe sobre Desarrollo Humano, Ecuador 1999

En este sentido, cabe indicar que el concepto de desarrollo humano sostenible, se refiere al desarrollo producido por y para la gente, cuyo indicador de éxito no es coincidentemente el de las tasas de crecimiento del PNB, sino el mejoramiento de los niveles sociales de vida de la gente, sin hipotecar la vida de las generaciones futuras. El desarrollo humano sostenible pone al hombre en el centro, es decir que es pro-bien, pro-empleo, pro-naturaleza y pro-equidad.

Este concepto resulta de la unión de diversos aspectos como son la educación, la salud, la libertad, la participación y la equidad. Si bien el desarrollo humano sostenible es un concepto de carácter global, éste se plasmará en los diversos pueblos a través del desarrollo sostenible local, porque es el ámbito en el cual el ser humano se desenvuelve y donde se define la suerte de su gestión.

Todos los Estados y todas las personas deberán cooperar en la tarea esencial de erradicar la pobreza como requisito indispensable del desarrollo sostenible, a fin de reducir las diferencias de niveles de vida y de responder mejor a las necesidades de la mayoría de los pueblos del mundo.

Las mujeres suelen ser el sector más pobre de los pobres, pese al papel central que desempeñan como agente clave de desarrollo. Las relaciones de poder ejercen su influencia desde el plano personal hasta el público, obstruyendo el paso de la mujer a una vida sana plena. Muchas mujeres y niñas adolecen de mala salud debido al limitado poder que tienen respecto de su vida sexual y reproductiva.

El mejoramiento de la condición de la mujer y de su capacidad de adoptar decisiones en la esfera de la sexualidad y la reproducción es

esencial para el éxito a largo plazo de los programas de población y desarrollo. La Educación es uno de los medios más importantes para emancipar a la mujer a fin de que participe plenamente en el proceso de desarrollo.⁶⁹

Persisten graves desigualdades de índole económica, social y de género, que entorpecen los esfuerzos por mejorar la calidad de la vida de centenares de millones de personas; se estima que una de cada cinco personas viven en pobreza, sin tener acceso a salud, educación, nutrición o servicios básicos.⁷⁰

Para erradicar la pobreza y lograr la justicia social es esencial proveer, a todos los individuos y las parejas que los necesiten y los quieran, la atención primaria a la salud, incluidos los servicios de salud reproductiva de buena calidad. Este acceso universal al cuidado básico de la salud reproductiva, así como el acceso a la educación son fundamentales para la ecuación del desarrollo sostenible: el mejoramiento de la condición de la mujer, la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida para todos depende de ella.

4.3. MEDICION DEL DESARROLLO HUMANO

Desde el primer informe de Desarrollo Humano se ha utilizado el índice de desarrollo humano (IDH) como una medida de éste. Sin embargo, cabe reconocer que el concepto de desarrollo humano es mucho más

⁶⁹ Acción para el siglo XXI salud y derechos reproductivos para todos.

⁷⁰ PNUD. Informe sobre la pobreza 1998

amplio que el IDH. Es imposible contar con una medida amplia, o incluso con un conjunto amplio de indicadores, porque muchas dimensiones vitales del desarrollo humano no son cuantificables. Este es justamente uno de los aportes del concepto de desarrollo humano. ¿cómo construir un indicador para cada uno de los derechos humanos? ¿O de la autoestima?. Sin embargo, estos componentes del desarrollo humano son absolutamente reales.

El índice de desarrollo humano mide el logro general de un país respecto de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la longevidad, los conocimientos y un nivel decente de vida. La esperanza de vida, el logro educacional (alfabetización de adultos y matriculación primaria, secundaria y terciaria combinadas) y el ingreso ajustado.⁷¹

La utilización de los indicadores agregados de salud, en general, y salud reproductiva, en particular, y educación es obvia, porque la longevidad y la educación son aspectos muy valiosos para una calidad de vida, pero no pueden sustituir todos los aspectos de la capacidad básica de las personas que pueden estar restringida o aumentada. Necesidades como la de satisfacer el hambre o protegerse del frío o el calor requieren un gasto; necesitan ser satisfechas no sólo para mantener la salud, sino también para evitar un sufrimiento inmediato. La vivienda y el transporte, asimismo requieren la aplicación de recursos para generar la capacidad correspondiente. Por consiguiente, el componente de ingreso del índice de desarrollo humano se utiliza como indicador indirecto de aspectos de la capacidad que no se reflejan en los otros dos componentes del índice.

⁷¹ PUNUD. Informe sobre desarrollo humano Ecuador. 1999

4.4. INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

La Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha utilizado estadísticas disponibles para elaborar el índice de desarrollo humano a nivel nacional. Por lo que es posible presentar la evolución del índice de los últimos 10 años.

Los países fueron convencionalmente clasificados en tres grupos: de alto desarrollo humano, de desarrollo humano medio y de desarrollo humano bajo. Ecuador ha permanecido en la categoría de país de desarrollo humano medio.

En 1990, primer año que se emitió el informe, Ecuador con un índice de 0,758 ocupó el lugar 56 entre un total de 130 países. En el año 1999 con un IDH de 0,747 se encontraron en el lugar 72 entre 174 países. En el año 2000 se encuentra en el lugar 91 entre 174 países. Lo que nos demuestra la regresión del país, la misma que estuvo influenciada por la crisis financiera y económica que atravesó el país con sus repercusiones tanto a nivel individual como colectivo. El primer país según en IDH es Canadá seguido por Noruega y Estados Unidos y el último, Sierra Leona con 0.254.

A nivel de Latino América, según el IDH en el año 2000 Chile se encuentra en primer lugar, seguido por Argentina y Uruguay; Ecuador se encuentra en el décimo lugar y Haití en el último, según podemos ver en el siguiente cuadro.

Cuadro 4

Ubicación de los países Latino americanos
Según el Índice de Desarrollo Humano. En el año 2000

PAIS	IDH	PAIS	IDH
Chile	34	Brasil	79
Argentina	39	Perú	80
Uruguay	40	Paraguay	84
Costa Rica	45	Rep. Dominicana	88
Venezuela	48	El Salvador	107
Panamá	49	Bolivia	112
México	50	Honduras	114
Colombia	57	Guatemala	117
Cuba	58	Nicaragua	121
Ecuador	72	Haití	152

Fuente: PNUD. Informe Desarrollo Humano 2000
Elaboración: Dra. Eugenia Taco

- **Esperanza de Vida al Nacer**

La longevidad, a través de la esperanza de vida es un indicador que se incluye también en la medición del Índice de Desarrollo Humano. La esperanza de vida al nacer de la población ecuatoriana aumentó en 30% en las últimas cinco décadas, pasando de 48,4 en 1950 a 69.7 años en 1998. Las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer, aproximadamente 5 años mayor que los hombres, según observamos en el cuadro 4. No obstante, la calidad de vida de las mujeres es siempre inferior que la de los hombres.

Cuadro 5

Esperanza de Vida al Nacer en el Ecuador

Años	Esperanza de vida		
	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
1974	54.2	50.8	52.5
1982	61.2	57.5	59.3
1990	66.1	62,3	64.2
1998*	72.7	67.5	69.7

Fuente: INEC, *PNUD.

Elaboración: Dra. Eugenia Taco

Cuadro 6

Indicadores de Desarrollo Humano en Países Desarrollados y Ecuador Año 1998

País	Esperanza de vida	Tasa bruta de matrícula* %	Tasa de alfabetización de adultos	PIB Per cápita**
Canadá	79.1	100	99.0	19.170
Noruega	78.3	94	99.0	34.310
Estados Unidos	76.8	94	99.0	29.240
Chile	75.1	78	95.4	4.990
Ecuador	69.7	75	90.6	1.520
Haití	54.0	24	47.8	410

*Tasa bruta de matriculación (primaria, secundaria y terciaria combinadas) .

**dólares de Estados Unidos 1998

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. 2000

Elaborado por: Dra. Eugenia Taco

De la información presentada, en el cuadro 6, se deduce fácilmente las grandes diferencias existentes entre países desarrollados y países en desarrollo, diferencias que son muy significativas en las cuatro variables, de ahí las grandes diferencias también, en la calidad de vida en los países anotados.

- **Alfabetización de adultos e Índice de matriculación**

Un país con tasas de matriculación e instrucción bajas, es sinónimo de un país pobre. Elevar el nivel de educación de la población, es elevar el capital humano, es innegable el impacto positivo que tienen este elemento en el crecimiento económico de los pueblos, la educación por tanto se ha constituido en elemento fundamental para erradicar la pobreza, tener una mejor distribución de la riqueza y alcanzar estándares de vida superiores.

En el país, según la encuesta de condiciones de vida en 1998 realizada por el INEC, las tasas de matriculación se reducen conforme su población crece en edad, sólo uno de cada cuatro personas de entre 18 y 24 años (edad para el nivel superior) continúan sus estudios. El sesgo urbano rural, se evidencia nuevamente en esta oportunidad, las tasas de matriculación para todos los grupos de edad son ampliamente inferiores en el área rural. Este estudio reporta que existe un repunte importante por parte de las mujeres, tanto en el área urbana como rural, su necesaria inserción en el desarrollo productivo del país ha motivado sin duda este fenómeno hasta hace unos pocos años contrario, donde la desigual participación de las oportunidades de género era muy marcada.⁷²

⁷² INEC. Encuesta de condiciones de vida.1998

En el Ecuador el analfabetismo se encuentra en el 10,2% de la población mayor de 15 años es analfabeta, 5 % en el área urbana y 17.9% en el área rural, alcanzando el más alto porcentaje, 18.6% en el área rural de la región Sierra.

En el cuadro 7 se puede observar que si bien el analfabetismo ha tenido un descenso en el país, a partir de 1982, éste no ha sido muy significativo. Así mismo, el analfabetismo continúa siendo mayor en la mujer en relación al hombre, siendo esta diferencia mucho más evidente en el área rural, lo que refuerza la inequidad de género existente en nuestro país.

Cuadro 7

Tasas de Analfabetismo de la población de 15 y más años por área y sexo, Ecuador, 1982- 1998

AÑO	URBANO		RURAL		NACIONAL	
	MUJERES	HOMBRES	MUJ	HOM	MUJ	HOM.
1982	8.1	4.5	33.8	22.6	19.7	13.3
1990	6.9	4.4	25.3	16.9	13.8	9.5
1995	7.3	4.5	21.1	14.9	12.2	8.7
1998	6.3	3.6	21.1	14.8	12.1	8.3

FUENTE: INEC, Censos Nacionales y ECV- III Ronda, 1998. SIISE
Elaboración: Dra. Eugenia Taco de Villacís

4.5. POBREZA Y SALUD REPRODUCTIVA

La pobreza es una situación estructural que afecta a un hogar, impidiendo que sus miembros puedan satisfacer sus necesidades básicas y alcanzar su potencial como seres humanos. Según la definición de Altamir:

La pobreza es.. un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, ..situaciones de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y quizá la adscripción a una escala particular de valores.⁷³

Si se entiende que el objetivo primordial del proceso de desarrollo es proporcionar a todos los miembros de la sociedad las posibilidades para su plena realización como seres humanos, su integración participativa y consciente en la sociedad, la pobreza puede entenderse como una situación excluida que priva a quienes la sufren de las condiciones mínimas indispensables para satisfacer sus necesidades humanas, y participar como actores consciente y libres en la vida social.

La pobreza en el Ecuador tiene un carácter estructural y una incidencia masiva; es también difícil de ser reducida dentro de los parámetros de las estrategias de desarrollo vigentes. Las perspectivas para una significativa disminución de la pobreza en el futuro próximo requieren de transformaciones profundas en las políticas sociales y, probablemente, en las estructuras económicas y sociales actuales.

El crecimiento acelerado que tuvo el Ecuador y los efectos del auge bananero de los años 50 y del boom petrolero de los 70, incidieron en pronunciadas mejoras en la satisfacción de las necesidades básicas, y en una tendencia probablemente declinante de la pobreza hasta inicio de los

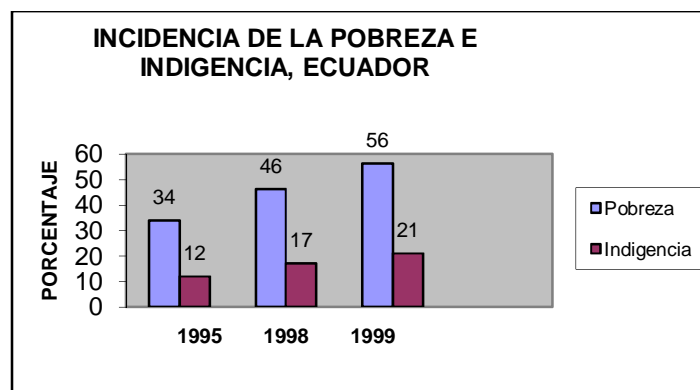
⁷³ Secretaría Técnica del Frente Social, Pobreza y Capital Humano en el Ecuador, 1997

80. Pese a ello, la masiva incidencia actual de la pobreza demuestra la débil capacidad de difusión social de los beneficios del crecimiento económico.

Una característica adicional de la pobreza en el Ecuador, que alerta sobre su gravedad, es su incidencia creciente, (ver Gráfico 9) ,en el contexto de la crisis actual y como resultado de eventos adversos que han golpeado fuertemente a la sociedad ecuatoriana, como el fenómeno del niño en 1998, la caída de los precios del petróleo en el mercado internacional en el mismo año, la crisis financiera y la frágil situación del sistema bancario.

Mientras en el año 95 los pobres alcanzaban los 3 millones 927 mil personas, para el año 99 llegaron a 7 millones 81 mil personas. Los indigentes se duplicaron en ese mismo periodo, pues pasaron de 1 millón 386 mil, a 2 millones 655 mil personas. La pobreza creció en el campo y también en las zonas urbanas.⁷⁴ Estas cifras confirman el carácter estructural y masivo de la pobreza en el Ecuador.

Gráfico 9



Fuente: UNICEF, Descifrando el Gasto Social en el 2000.

⁷⁴ UNICEF. Descifrando el Gasto Social en el 2000. Abril, 2001

Por otra parte, mientras entre los países de menor desarrollo en el mundo la pobreza aparece como resultado de una escasez de recursos o de un limitado crecimiento económico, en el Ecuador, como en otros países de América Latina, su alta incidencia refleja primordialmente las grandes diferencias sociales entre ricos y pobres. En efecto, el ingreso por habitante en 1997 alcanzaba los 1590 dólares, que duplicaban con holgura la línea de pobreza de aproximadamente 700 dólares. En los últimos cinco años, el 20% más rico de la población llegó a tener el 53% del ingreso, mientras el 20% más pobre recibió sólo el 5% del ingreso. De hecho, el 80% de la población recibe menos ingresos que el 20% más rico, lo cual explica la categorización del Ecuador como uno de los países más inequitativos del mundo.⁷⁵

El contraste entre estas cifras muestra que la capacidad productiva actual del país permitiría la satisfacción de las necesidades de toda la población y que de existir una adecuada distribución del ingreso, la pobreza no tendría una manifestación masiva, e inclusive podría desaparecer. Un estudio reciente del Fondo Monetario Internacional confirma esta percepción al estimar que bastaría una transferencia anual del 0.8% del PIB a favor de los afectados para eliminar la indigencia, y el 0,6% del PIB en el caso de la pobreza.⁷⁶

La salud reproductiva y la pobreza están íntimamente relacionadas y esto se ve claramente al comparar la gran diferencia que existe entre la situación socioeconómica de países desarrollados y países en desarrollo como los de Europa Occidental , Asia central y Ecuador (ver cuadro 8).

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Fondo Monetario Internacional, 1999, Ecuador: Protección frente a la crisis económica.

El Banco Mundial, en su informe sobre el desarrollo mundial de 1993, confirma que las personas con un menor nivel de renta tienen peor salud que las que disponen de mayor renta. Cuanto más elevado es el ingreso medio por habitante de un país, sus habitantes viven más tiempo y tienen mejor estado de salud. Este efecto desaparece a medida que los ingresos aumentan. La pobreza influye enormemente en la salud, pero no solo cuentan los ingresos, sino también el reparto de esos ingresos y el número de pobres.

Cuadro 8.

Relación entre el PNB por habitante y la salud reproductiva Asia central, Europa Occidental y Ecuador . 1998

Pais	PNB (en dólares) Por habitante	Mortalidad materna*	Mortalidad infantil**	TGF
ASIA CENTRAL				
kazajstán	1.340	53	36	2,3
Kirguizistán	380	43	56	3,2
Azerbaiján	480	34	36	2,0
Uzbekistán	950	42	45	3,4
Europa Occidental				
Dinamarca	33.040	7,38	5	1,7
Austria	26.830	4,2	5	1,4
Noruega	34.310	6,55	4	1,9
Irlanda	18.710	7,50	6	1,9
Ecuador	1.5202	160	30.	3.3

*Tasa por 100000 nacidos vivos.

**Tasa por 1000 nacidos vivos

Fuente: UNICEF, Estado mundial de la infancia 2000

Elaboración : Dra. Eugenia Taco

El cuadro 8 muestra las diferencias que existen entre países de Asia Central, Europa Occidental y Ecuador en términos de salud reproductiva,

una relación inversamente proporcional. Los países que tienen el producto nacional bruto (PNB) más alto por habitante, como Dinamarca o Noruega, tienen una mortalidad materna e infantil bajas y una tasa global de fecundidad igualmente baja, en relación a los países con bajo PNB por habitante; lo que demuestra la influencia de los ingresos en la salud reproductiva. A mayores niveles de ingreso menores tasas de mortalidad y tasa global de fecundidad. Además, diversos estudios realizados en diferentes países han mostrado que cuanto más polarizados están los ingresos, peor es la salud de la población. Sin embargo, algunos países como China, Cuba, Costa Rica, e India, que tienen un PNB por habitante bastante bajo, tienen una tasa de mortalidad, especialmente de mortalidad infantil, también baja. Esto se atribuye a otros factores no sanitarios como la educación y la satisfacción de otras necesidades básicas y el bajo costo de los servicios sanitarios.

Así se ha establecido una relación directa entre la desigualdad de los ingresos y la mortalidad. En un estudio entre países pobres y ricos, por ejemplo, se ha constatado que cuando se comparaban países donde los ingresos de las personas pobres eran similares, más allá del PNB por habitante, la mortalidad infantil aumentaba a medida que la población se empobrecía. Un nivel más alto de ingresos se puede traducir en un mejor nivel educativo y, por consiguiente, en una menor tasa de mortalidad.

- **Porqué las personas pobres tienen mala salud?**

Cada minuto cuarenta y siete personas se suman a los millones de personas que viven en la pobreza. No importa en que parte del mundo se encuentren,

quienes viven por debajo del umbral de pobreza se ven en la obligación de subsistir cada día y son vulnerables a las enfermedades, desnutrición y a la desesperación.

En los países pobres, debido al nivel tan bajo de ingresos, la mayoría de la gente considera la atención de la salud como secundaria. La miseria socioeconómica puede obligar a reducir los gastos alimentarios y por consiguiente, aumentar los riesgos de enfermedad. Parece que las personas desfavorecidas socialmente solicitan una menor atención médica, que puede deberse a la dificultad para acceder a este tipo de servicios, a la diferencia en la percepción de la gravedad de los síntomas o a la valoración negativa que estas personas pueden tener de los servicios de salud.

Diversas organizaciones internacionales reconocen que la pobreza es sexista. Según especialistas en ayuda internacional, cerca del 70% de las personas pobres del planeta son mujeres. Un estudio realizado en 1996 por la Organización Mundial del Trabajo (OIT) concluía que el impacto negativo de la reforma económica y la transición hacia la economía de mercado había afectado más a las mujeres que a los hombres. Otros estudios indican que las sociedades donde hay mayor discriminación son los que tienen mayor pobreza, más lento crecimiento económico y menor calidad de vida, en comparación con sociedades donde hay menos discriminación. Los efectos son tanto más intensos cuanto más pobres son los países.⁷⁷

En una situación de pobreza, las mujeres tienen menor acceso a la alimentación, a la educación en salud y al empleo, lo cual viola el derecho a controlar la reproducción. Injusticias sociales como la violencia contra las

⁷⁷ FNUAP. Estado de la Población Mundial.2000

mujeres, les dejan a menudo desprotegidas, sin capacidad para participar en la toma de decisiones e incluso de acceder a la educación. La pobreza es claramente la principal causa de muerte y de miseria en las mujeres y en la infancia en los países desarrollados y en vías de desarrollo. La pobreza obstaculiza el desarrollo físico, social, intelectual y emocional en la infancia. Según el Banco Mundial, los niños y niñas de familias pobres tienen más riesgos de morir antes de la edad de los cinco años que quienes viven en familias más ricas. El Colegio Australiano de Pediatría destaca en un artículo que los niños y niñas de 0 a 4 años en una situación socioeconómica desfavorecida, sufrían más problemas de salud (nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, problemas de nutrición y desarrollo tardío).⁷⁸

El bajo peso al nacer es un indicador importante del estado de salud reproductiva de una población ya que incide en la mortalidad infantil y la salud posterior. Un reciente estudio realizado en Gales ha puesto en evidencia la estrecha relación que existe entre la situación socioeconómica y el riesgo de tener bajo peso al nacer.

El empobrecimiento significa dificultades económicas y también el riesgo de enfermedades relacionadas con el stress. La falta de medios económicos y la miseria asociados a la pobreza pueden producir situaciones de stress psicológico y pérdida de autoestima. Esta pérdida, unida al stress emocional y psicológico provoca a menudo problemas de salud.

Una importante interacción entre pobreza y salud reproductiva es la utilización creciente del aborto como método anticonceptivo. La relación entre salud reproductiva y pobreza, se observa en el aumento de la

⁷⁸ FNUAP.OMS entre nous La revista europea de salud reproductiva y sexual. No. 43-44/1999

incidencia de las infecciones de transmisión sexual debido al aumento de la prostitución como medio de vida.

Los gobiernos de los países de Europa Oriental, con la ayuda del Fondo de Población de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial y de otras organizaciones no gubernamentales, reconocen cada vez en mayor medida, que existe una relación directa entre pobreza y salud y que, por este motivo, la salud debería ser un objetivo para reducir la pobreza. Esta realidad es reconocida y expresada mediante el indicador del progreso social, el Índice de Desarrollo Humano. Aquí se muestra cómo la pobreza no es sólo cuestión de dinero, sino también de acceso a los servicios sociales y a la educación.

La pobreza es la principal causa de enfermedad en el mundo. La nutrición es la primera afectada por las dificultades económicas, en poblaciones pobres predomina la anemia nutricional tanto en niños como en mujeres embarazadas. Razón por la que las medidas dirigidas a mejorar la salud deben coordinarse con las medidas dirigidas a reducir la pobreza. Centrándose en mejorar la situación económica, no hay seguridad en mejorar la salud. Al mismo tiempo que la mejora los ingresos económicos no debe ser descuidada, es necesario comenzar por plantear unos servicios de salud accesibles y gratuitos y organizar campañas de información pública, como primer paso para mejorar la situación.

La salud debe ser considerada como una estrategia dirigida a aumentar el crecimiento económico y a reducir la pobreza. Actuar en el área de salud reproductiva es un camino seguro para conseguir un progreso socioeconómico en el país, ya que, a largo plazo, se reducen los gastos

estatales en salud, al mismo tiempo que se garantiza un mejor estado de salud de la población.

La comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) planteó una alternativa de desarrollo para la región que consiste en que los países logren cohesionar los objetivos económicos y sociales para terminar con las desigualdades y la pobreza.

Según la CEPAL, se considera que es preciso reorientar el desarrollo de los países en torno de un eje principal, **la equidad**, es decir, reducir la desigualdad en sus múltiples manifestaciones, esta es, por lo tanto, la vara principal con la que se deberá medir hacia el futuro la calidad de nuestro progreso. Este esfuerzo debe estar acompañado de políticas dirigidas a generar un desarrollo mas estable, dinámico y competitivo, pero también más integrador en términos sociales y más sostenibles en términos ambientales. Por último, debe conllevar esfuerzos por construir tejidos sociales que permitan alcanzar sociedades más integradas. Se trata de prioridades diferentes de las que enmarcaron la fase de retorno a los equilibrios macroeconómicos y de liberalización de las economías. Por ello, y porque existe el convencimiento de que tal construcción no puede realizarse sino en el marco de sociedades más democráticas, habrá diferentes soluciones.

Según Ocampo, representante de la CEPAL, estima que las viejas estructura inequitativas se han visto reforzadas en las dos últimas décadas, por dos nuevos factores: las crecientes demandas educativas de la era de la globalización y el conocimiento, y la fuerte heterogeneidad estructural de los sectores productivos. En este contexto, la equidad requiere de políticas sociales integrales sustentadas en tres principios básicos: universalidad,



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

solidaridad y eficiencia y que debe tener dos llaves maestras: la educación que se refiere a mejorarla; la conveniencia de lograr una enseñanza secundaria de carácter universal; a enfrenar los problemas de los mas pobres en forma integral; ha desarrollar habilidades para aprender a aprender, y a promover los valores democráticos, de tolerancia y de convivencia social.⁷⁹

⁷⁹ TIEMPOS DEL MUNDO, JUEVES 30 DE NOVIEMBRE 2000 .ACTUALIDAD

CAPITULO V

POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA ORIENTADAS AL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

5.1. AVANCES EN POLÍTICAS Y PROGRAMAS

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, marcó un nuevo rumbo para la iniciativa de población y desarrollo en todo el mundo con la declaración: «El principio de igualdad de género y el derecho de las mujeres a la salud reproductiva son fundamentales para el desarrollo humano».

Actualmente, todos los países aceptan que los asuntos de población son aspectos medulares de las estrategias de desarrollo sostenible. El rápido crecimiento de la población y las altas tasas de fecundidad frenan el desarrollo: contribuyen a perpetuar la pobreza; y dificultan que los países se concentren en el futuro, debido a que los recursos son absorbidos por las necesidades en el presente.

La conferencia de El Cairo, también puso un punto final al concepto de «control de la Población». La conferencia reconoció que las familias más pequeñas y el crecimiento más lento de la población no dependen del «control» sino de la libre opción: la idea confirmada tras 30 años de experiencia, cuando tienen posibilidad de opción, la mayoría de las mujeres optan por tener menor cantidad de hijos que sus madres.

La opción significa el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida una gama de servicios de planificación de la familia e información al respecto, pero no se limita a eso. Las mujeres y los hombres deben percibir que los servicios disponibles y la calidad de la atención satisfacen sus necesidades en materia de salud reproductiva.

El programa de el Cairo significa además, que se preste más atención a la educación de las mujeres y las niñas. Significa la asunción de liderazgo, alentando a la familia y la comunidad a que apoyen las opciones de las mujeres. Significa que haya mayor cantidad de mujeres que participen en actividades de la comunidad, en las del gobierno en todos los planos, en el sector privado. Significa protección de los derechos jurídicos de la mujer. Significa, en tres palabras: habilitación, equidad e igualdad.

El Programa de Acción a 20 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo es ambicioso, pero práctico. Fue aprobado por los 180 países, ricos y pobres, del norte y del sur, industrializados y en desarrollo, que asistieron a la Conferencia de El Cairo, entre los cuales estaba presente El Ecuador.

El Programa de Acción estipula que hacia el año 2015 se ha de logra:

- Acceso universal a servicios de salud reproductiva de buena calidad y costeables, incluidos servicios de planificación de la familia e higiene sexual;
- Reducciones sustanciales en las tasas de mortalidad infantil y materna;
- Medidas de amplia base para velar por la equidad de género y la habilitación de la mujer;
- Acceso universal a la educación primaria; y

- Superación de la ~~la~~ discrepancia de género+en la educación

Los progresos realizados en el reconocimiento, la promoción y la protección de la salud reproductiva se han intensificado tras la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre las Mujeres celebrada en Beijing al año siguiente. Numerosos países han revisado y modificado sus políticas, su legislación y sus prácticas conforme a las recomendaciones de esta conferencias, o lo están haciendo actualmente.

La legislación debe proteger la salud sexual y reproductiva tanto de los hombres como de las mujeres, sin embargo las mujeres son quienes asumen el peso del embarazo, su vida y su salud. Debido al embarazo y al parto, están expuestas a un mayor riesgo que en el caso de los hombres, y además están en desventaja respecto a la protección jurídica y a la promoción de la salud reproductiva.

Debido a la legislación actual sobre los derechos humanos que garantiza la igualdad entre los sexos, numerosas desigualdades de las mujeres en materia de salud pueden considerarse injustas. La mortalidad materna, por ejemplo, no es más que el resultado de una serie de injusticias. A las mujeres se les otorga una posición social inferior y roles secundarios, se les limita la formación y son reconocidas principalmente por su capacidad para procrear. Esta desvalorización de las mujeres conlleva, frecuentemente, a la negación del derecho a la información, a una nutrición adecuada y al acceso de servicios de salud tales como la planificación familiar.

A pesar de que existen tratados y convenciones internacionales sobre los derechos humanos, cuyas cláusulas se centran frecuentemente en la protección y en la promoción de la salud reproductiva muchas mujeres se ven limitadas respecto a su salud reproductiva. Por ejemplo, las sociedades que otorgan un status inferior a las mujeres, con frecuencia aceptan la mortalidad materna como parte natural del orden de las cosas; en nuestro país esto es frecuente en las comunidades indígenas.

En una propuesta presentada al foro Conferencia Internacional de Población y Desarrollo +5- celebrada en La Haya (Países bajos) en febrero de 1999, para evaluar el grado de ejecución de los objetivos de la CIPD- se subrayó que el programa debería presentar más atención a ~~in~~ incluir en los textos legislativos los derechos sexuales y reproductivos+. Los derechos humanos internacionales son elementos clave para la consecución de una mejor salud reproductiva en todo el mundo.⁸⁰

La salud reproductiva es un derecho humano y el ejercicio de ese derecho es imprescindible para que un país llegue a ser sano y próspero

Tres decenios de experiencias en programas de población ponen de manifiesto la ventaja de un enfoque integral e integrado. Las acciones que logran incidir en las tendencias demográficas a largo plazo, invariablemente abordan: la distribución del ingreso, la mejora de la condición jurídica y social de la mujer y la niña, la educación básica, la información y comunicación, la atención primaria de salud (incluida la planificación de la familia) y la generación de ingresos. Los factores de importancia central para

⁸⁰ FNUAP. Entre nous. N. 42 –Primavera 1999. Noticias del CIPD+5.

el éxito son la educación, en particular de la mujer y la niña, la información fidedigna; y el acceso a una gama de servicios de salud reproductiva.

En junio del 2000, los problemas que afectan la vida de la mujer atrajeron la atención de los delegados que se unieron en las Naciones Unidas para analizar los avances realizados a partir de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en 1995, en pro de la eliminación de barreras que se interpongan a la igualdad de los sexos. En una reunión posterior destinada a evaluar el progreso relacionado con la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de 1995, las discusiones abarcaron temas similares. Un punto fundamental que se reafirmó en ambos foros es el hecho de que el adelanto de la mujer es clave para resolver una serie de problemas de desarrollo.

La reunión llamada *“Mujeres 2000: la igualdad de los sexos, el desarrollo y la paz”*, reconoció que era poco lo logrado para aumentar la participación de las mujeres en las decisiones económicas, en los partidos políticos y en los parlamentos.

“Es necesario garantizar que, si llegamos a lograr que la mujer ocupe posiciones de poder político, también pueda contar con los recursos”, dijo la senadora Benedita da Silva, del Brasil, añadiendo que el poder es masculino, blanco y rico.⁸¹

En el *“Documento sobre los resultados”* del foro de las Naciones Unidas, realizado en Nueva York en junio del 2000, se señala que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación

⁸¹ Op.cit 79

contra la mujer, la base jurídica de la igualdad femenina, ha sido aceptada oficialmente por 165 países, entre los que está Ecuador, pero que no ha logrado el objetivo de su ratificación universal en el año 2000.⁸²

En el Ecuador, se han reforzado estrategias para atender al problema de mortalidad materna, tasa que ha tenido un estancamiento en la última década. En 1997, el Ministerio de Salud Pública creó el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, que ha contado con apoyo político de los últimos gobiernos a través de la promulgación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia expedida en Agosto de 1994 y su ley reformativa, expedida el 10 de agosto de 1998, la misma que ha tenido muchos vaivenes a nivel político. Además, existe la participación y apoyo del Ministerio de Bienestar Social a través de la Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU), del Instituto Nacional del Niño y la Familia, (INFA), el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y de agencias y organismos internacionales de cooperación técnica financiera tales como OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, AID y Banco Mundial.

Por otra parte, en concordancia con los compromisos adquiridos en la Cuarta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre las Mujeres celebrada en Beijín, Ecuador plasmó en la Constitución de 1998, el reconocimiento de la salud reproductiva como elemento trascendente para garantizar los derechos de la población.

⁸² Population Reference Bureau. Mujeres 2000, Un perfil global de la vida reproductiva de las mujeres. Boletín normativo, Noviembre 2000

En lo concerniente a la necesidad de proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva, el Congreso Ecuatoriano aprobó en 1998, la Ley sobre Educación Sexual y el Amor, que introduce la educación sexual en el sistema educativo, responsabilizando al Ministerio de Educación la elaboración de planes y programas de educación sexual para jóvenes, padres de familia y maestros. Las estrategias de esta ley están siendo incorporadas en la Reforma Curricular, desde un enfoque interdisciplinario.

El Ministerio de Salud, acogiendo el mandato constitucional, elaboró las Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva, en 1999, las mismas que fueron difundidas e implementadas en las unidades operativas a nivel nacional. Sin embargo, no se ha realizado seguimiento ni evaluación sobre la aplicación de las mismas. Ha implementado, con el apoyo del UNFPA el Programa de Salud Integral del Adolescente en cinco provincias del país, Pichincha, Guayas, Carchi, Cotopaxi y Chimborazo.

El actual Gobierno, ha dado prioridad al Programa de Maternidad Saludable, cuyo objetivo es impulsar como parte del Plan Nacional de Salud la maternidad saludable en el marco de la salud reproductiva, y la atención a la infancia, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, a través del mejoramiento del acceso y calidad de los servicios, la promoción, la participación social y la operativización de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El componente de género se constituye en un eje transversal presente en el diseño de, planes y programas de acción a nivel nacional, regional y local de varias ONGs.

- **Programa Nacional de Maternidad Saludable**

El Ministerio de Salud Pública ha decidido implementar, dentro del Plan Nacional de Salud, el Programa de Maternidad Saludable, como un compromiso por la vida de las mujeres ecuatorianas y de los/las niños/as menores de 5 años, con el propósito de ampliar acciones e incluir una perspectiva más integral, positiva y participativa de la comunidad.

Para ello cuenta con la participación de otras instituciones del Estado, como el Instituto Nacional del Niño y la Familia, el Consejo Nacional de Mujeres, y el Consejo Nacional de Salud que conjuntamente con el Ministerio de Salud, a través de sus autoridades, integran el comité de Apoyo y Seguimiento para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, conformado el 20 de marzo del 2000, y precedido por la Sra. Primera Dama de la Nación.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, asume el compromiso del país para responder a la necesidad de las mujeres y las familias de contar con servicios oportunos y de calidad con enfoque integral, para contribuir a mejorar la salud Sexual Reproductiva de los y las ecuatorianos/as, con énfasis en atención prenatal, parto libre de riesgos, atención del postparto, emergencias obstétricas, planificación familiar, que son los pilares en que se sustenta la maternidad segura y saludable, la detección oportuna del cáncer cérvico . uterino; además la atención de salud a niñas y niños menores de 5 años principalmente en las enfermedades prevalentes de la infancia y a las y los recién nacidos normales y con problemas.

El Programa consta de cuatro componentes básicos:

- Mejoramiento del acceso de la población femenina, masculina e infantil a los servicios de salud.
- Mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva
- Operativización de la Ley de maternidad Gratuita y Atención a la infancia.
- Promoción de la salud sexual y reproductiva, de la movilización y participación social, principalmente de sus beneficiarias/beneficiarios y la articulación de la ejecución del Programa de Maternidad saludable entre el Ministerio de Salud, los municipios y otras entidades prestadoras de servicios.

El Programa se ejecutará dentro de las políticas actuales de descentralización y desconcentración del Estado ecuatoriano y del Ministerio de Salud, orientadas a fortalecer el nivel básico de atención, con el mejoramiento de los servicios y a fomentar la participación local efectiva en el funcionamiento de los mismos.

En el terreno más concreto de la salud reproductiva, si bien existen normas escritas y documentos publicados que contienen metas, estrategias y actividades a desarrollar por el sector público en materia de salud reproductiva y de planificación familiar, mucho de lo escrito es sólo declaración sin aplicación práctica.

La política gubernamental en el campo de la salud reproductiva prioriza, en su ejecución, el aspecto clínico y médico (Manual de Salud Reproductiva), restándole importancia a aspectos tan importantes como la información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva. A

este respecto, se camina muy lento en el cumplimiento de las estrategias y actividades contenidas en el Manual de Salud Reproductiva y en el Programa Nacional de Maternidad Saludable

Por otra parte, la educación sexual es un tema respecto al cual las autoridades políticas tienen una posición ambigua, por lo que no es asumido como una tarea prioritaria y necesaria para mejorar la salud sexual y reproductiva de los ecuatorianos.

Una parte importante del trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva corresponde a las ONGs, como CEPAN, CEMOPLAF, CEIME que llevan adelante los programas de salud reproductiva y de planificación familiar. Estos programas, que cuentan para su ejecución con el apoyo sustantivo de recursos provenientes de la cooperación externa, están orientados no solamente a las áreas urbanas, sino que, haciendo un esfuerzo notable, están llegando a las áreas rurales y a mujeres de menores ingresos. Pero, pese a su importancia, parece no existir un apoyo político claro a estos programas, lo cual repercute en su eficiencia.

Frente a esta situación es necesario hacer algunas reflexiones sobre qué hacer en esta materia en el corto plazo:

- Trabajar integralmente el tema de la salud reproductiva no solamente desde el punto de vista médico-clínico, sino también desde el punto de vista ideológico, que haga posible la generación de una corriente de opinión y acción que desmitifique (en los profesionales de la salud, autoridades y público en general) el tema y haga más eficientes los programas. En ese entendido, la atención en salud reproductiva debería propender a lograr que

las personas no se enfermen por tener relaciones sexuales y que las mujeres no se enfermen o mueran como consecuencia del embarazo y del parto.

- Parece fundamental fortalecer los programas de salud reproductiva y de planificación familiar, estimulando la voluntad política para llegar a las áreas rurales y sectores de menores ingresos del país, aumentando la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios.
- Fortalecer la consejería en materia de salud reproductiva porque, al parecer, es el flanco débil de los programas el tropezar con actitudes, creencias y opiniones de los potenciales usuarios que son difíciles de cambiar.
- Trabajar básicamente en el marco de los compromisos a los que se comprometió el gobierno en materia de salud sexual y reproductiva para aspirar al logro del desarrollo con equidad social y de género.
- Apoyar el trabajo académico en materia de salud sexual y reproductiva como un insumo importante para el diseño de políticas y estrategias de atención en este campo.

5.2. MARCO LEGAL. LAS REFORMAS CONSTITUCIONALES EN EL ECUADOR.

La Constitución Política del Ecuador de 1998, reconoce a la salud reproductiva como un elemento trascendente para garantizar los derechos

de la población, de acuerdo al *Artículo 43*, que expresa: *El estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud alimentaria y nutricional de madres y niños y en la salud sexual y reproductiva*⁸³. En su Art. 23 . 25, afirma el derecho de los ecuatorianos a una calidad de vida que asegure sus necesidades básicas y la responsabilidad del Estado para garantizar el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social; y el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual.

En el Art.39. propugna la maternidad y paternidad responsable y garantiza el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos que pueda procrear, adoptar, mantener y educar. Considera como obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho.

Otros aspectos legales relacionados con salud reproductiva, que constan en la constitución son:

Título III. De los derechos, garantías y deberes

Capítulo 2: De los derechos civiles

Artículo 23

Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes:

Numeral 2

⁸³ Constitución Política del Ecuador. 1998

La integridad personal...

El estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia, contra los niños, adolescentes, las mujeres y las personas de la tercera edad. La misma que ha sido operativizada a través de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) y 17 Comisarías de la Mujer, que actúan de acuerdo a la Reforma del Código Penal, este tipifica al acoso sexual como delito.

Numeral 6

El derecho a vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación. La ley establecerá las restricciones al ejercicio de determinados derechos y libertades, para proteger el medio ambiente.

Numeral 7

El derecho a disponer de bienes y servicios, públicos y privados, de óptima calidad; a elegirlos con libertad, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características.

Numeral 25

El derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual.

Capítulo 4: De los derechos económicos, sociales y culturales
Sección segunda: Del trabajo

Artículo 35

Velará especialmente por el respeto a los derechos laborales y reproductivos para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y el

acceso a los sistemas de seguridad social, especialmente en el caso de la madre gestante y en el período de lactancia, de la mujer trabajadora, la del sector informal, la del sector artesanal, la jefa de hogar y la que se encuentre en estado de viudez. Se prohíbe todo tipo de discriminación laboral contra la mujer.

Sección tercera: De la familia

Artículo 37

El Estado reconocerá y protegerá a la familia

Protegerá el matrimonio, la maternidad y el haber familiar. Igualmente apoyará a las mujeres jefas de hogar.

Sección quinta: De los grupos vulnerables

Artículo 47

En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidades, las que adolecen de enfermedades de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia, maltrato infantil y desastres naturales ^{84, 85}.

La Constitución de 1998 representa un giro importante para el Estado ecuatoriano, pues marca un compromiso por el reconocimiento de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres; promueve la

⁸⁴ Constitución Política de la Republica del Ecuador. 1998

⁸⁵ Normas y Procedimiento para la Atención de la Salud Reproductiva. 1999

cultura por la seguridad y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva; garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva; y el derecho a tomar decisiones libres y responsable sobre su vida sexual. Constituye un hito fundamental en el proceso de fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ecuatorianas. El movimiento de mujeres jugó un rol fundamental al preparar y sostener ante la Asamblea Nacional Constituyente un conjunto articulado de reformas.

5.3. EXPERIENCIAS DE POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN PAÍSES DESARROLLADOS

En países desarrollados, como Estados Unidos, Canadá y Noruega, los programas y políticas de bienestar abarcan una gran variedad de elementos, entre los que destacan especialmente la planificación familiar y la salud reproductiva. Pero también existen medios para proteger a la mujer de la violencia sexual; para dar a la mujer acceso a información fidedigna en materia de salud y de planificación familiar, así como para conseguir una mejor participación del hombre en la vida de la familia. Han facilitado el acceso de la mujer al microcrédito, a las oportunidades económicas y fundamentalmente a la educación como base del desarrollo humano .

Estas mejoras han sido consideradas no sólo para los programas nacionales, sino también para los que apoyan en el ámbito internacional.

El criterio integral respecto a la población se basa en el Programa de acción de la conferencia de El Cairo, que considera la planificación familiar y la salud reproductiva en el contexto más amplio del otorgamiento de

facultades a la mujer, la educación de niñas y niños, la salud infantil, y factores económicos, ambientales y sociales que afectan la vida de la niña y la mujer.

En El Cairo se llegó a un amplio consenso que, no se puede establecer un elemento de atención de salud para la mujer fuera del marco más amplio de sus derechos económicos, sociales y políticos. Así pues, lo que se deduce de esto es que la manera de estabilizar el crecimiento de la población mundial es brindar a todo el mundo oportunidades y asegurarse de que la mujer esté en condiciones de tomar decisiones informadas sobre ella misma para poder participar de manera más productiva en la comunidad mundial.

La ex secretaria de Estado, de Estados Unidos, Albright lo expresó de una forma muy elocuente: *«Dado que las mujeres son la mitad de la población mundial, no es posible soportar el cielo sólo con la mitad de la población. Se necesita a las mujeres»*.

A partir de la conferencia de El Cairo en Estados Unidos se asocia e integra varias cuestiones en una: población, medio ambiente, desarrollo, derechos humanos, etc. Casi todos los elementos que surgieron de El Cairo sirvieron de base para la Conferencia Mundial sobre la Mujer que se celebró en Pekín en 1995.

Estados Unidos actuó como catalizador de un proceso de planificación interministerial. Ahora existe un Consejo interagencial del presidente sobre la mujer para aplicar el acuerdo alcanzado en la conferencia de Pekín. En el Departamento de Estado se ha establecido un objetivo internacional de procurar estabilizar la población mundial como elemento básico de la política

exterior; han emprendido iniciativas especiales sobre los derechos de la mujer en el plano internacional y para proteger del tráfico a mujeres y niñas.

Han conseguido algunos cambios legislativos importantes. Después de la conferencia de El Cairo, el Congreso aprobó una ley por la que se garantiza el acceso pleno a los servicios de atención de salud reproductiva al clasificar como delito el uso de la fuerza u otras tácticas disuasorias para entorpecer la labor de los proveedores de servicios de salud reproductiva o el ejercicio de los derechos de sus pacientes.

Recientemente, se ha adoptado una decisión por la que exigen a los seguros médicos de los funcionarios del Estado proporcionar anticonceptivos.

En varios organismos oficiales de Estados Unidos se ha establecido una serie de actividades, todas ellas orientadas al bienestar de la mujer, que surgieron como consecuencia de la conferencia de El Cairo y se ampliaron después de la de Beijing.

A partir de la conferencia de El Cairo, las organizaciones no gubernamentales, incluidas las de planificación familiar y las que se ocupan de salud, desarrollo, supervivencia del niño, medio ambiente y derechos humanos, así como grupos de mujeres, se han incorporado en el proceso de estudiar en todos sus aspectos cómo estabilizar la población del mundo.

El aborto no está aprobado ni sancionado como método de planificación familiar. El gobierno de Estados Unidos no respalda el aborto como método de planificación familiar. En los programas en el extranjero no permite que se financie el aborto como método de planificación familiar, ni

quiera las campañas para abogar por el cambio de la legislación con objeto de fomentar o permitir el aborto en el extranjero. Sin embargo, no se restringe la capacidad de financiar organizaciones que llevan a cabo actividades que para ellas son perfectamente legales.

5.4. DECLARACIONES DE POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA

- **Políticas de Salud Reproductiva.**

Actualmente está plenamente aceptado que la salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de procrear y la libertad para decidir cuando y con que frecuencia hacerlo

La salud reproductiva abarca por lo tanto, la aplicación en la prestación de los servicios, de conocimientos, métodos y técnicas para precautelar y fomentar el bienestar, evitar o resolver los problemas en el campo de la sexualidad y la reproducción.

La educación a mujeres tiene un retorno social mayor que la de los hombres, pues potencian el mejoramiento de salud, la nutrición de la población y la disminución de la mortalidad materna, infantil. En países

pobres, la educación de las niñas es fundamental para quebrar un círculo vicioso de ignorancia, enfermedad y pobreza, configurando en su lugar un ciclo virtuoso de aprendizaje, mejor alimentación, buena salud, productividad laboral y desarrollo sustentable.

- **Principios básicos para la atención de la Salud Reproductiva**

El trabajo a desarrollarse en salud reproductiva, enmarcado en el ámbito de la prestación de servicios debe basarse en principios que deben ser asumidos como uno de los fines más altos de la acción.

En general las acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, y rehabilitación de la enfermedad se deben guiar por los siguientes principios básicos los cuales deben ser tomados muy en cuenta dentro de las políticas y programas de salud reproductiva.

Igualdad.

Todas las personas son iguales ante la ley y ante el estado, lo cual significa que todos/as reciban el mismo tratamiento, que tengan las mismas oportunidades de satisfacer sus necesidades, de desarrollo de sus potencialidades, así como las mismas garantías para el ejercicio adecuado de sus derechos.

Las diversas políticas de desarrollo, cooperación y coordinación intersectorial deben estar comprometidas en desarrollar acciones

encaminadas a disminuir las diversas desigualdades en el goce de la salud reproductiva, mediante la provisión de servicios de nutrición, salud, educación, recreación, protección y justicia.

Equidad.

En salud reproductiva el reconocimiento de las diferencias y las individualidades trae consigo el tratamiento especial de las oportunidades y necesidades que debe tener cada individuo para lograr su desarrollo, la aplicación de lo referido está relacionado con el correcto ejercicio de los derechos, la no discriminación, y la satisfacción de las necesidades propias que se presentan por las marcadas diferencias entre las personas.

Es así como las diferentes necesidades en salud reproductiva que las personas tienen con relación a la edad, el sexo, el estado y las opciones frente a la reproducción deben ser reconocidas y por supuesto atendidas por los distintos servicios de salud.

Universalidad.

Constituye la forma de garantizar la protección en salud reproductiva para las personas sin distinción de ningún tipo, en todas las etapas de la vida⁸⁶, lo cual está inmerso dentro de la Constitución Ecuatoriana.

Autonomía.

Se refiere a la posibilidad que tiene cada individuo a decidir sobre su propio yo, de lo que se desprende la necesidad de que las distintas instancias de la

⁸⁶ Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de Bogotá. DC. 1999.

sociedad, y las instituciones en particular, faciliten a las personas la posibilidad de decidir voluntaria y libremente sobre su propia vida. En lo que respecta a salud reproductiva, para el goce de autonomía se requiere información y conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, los riesgos, las consecuencias y las distintas formas de evitarlos.

5.5 COMO DESARROLLAR POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA ORIENTADAS AL DESARROLLO HUMANO SUTENTABLE

Es necesario recordar que la elaboración de las políticas se confronta hoy con nuevos escenarios institucionales, sociales y ambientales, y como se señala en los principios acordados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en El Cairo, al formularlas se debe tener en cuenta los siguientes principios:

- Los seres humanos son el elemento central del desarrollo sostenible y tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza.
- La población es el recurso más importante y más valioso de toda nación.
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados.
- La equidad e igualdad de los sexos y los derechos de la mujer,
- Eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad .

Los países en desarrollo deberían definir políticas orientadas a :

- Promover la educación universal y la instrucción a nivel secundario. La matriculación universal en la escuela primaria y en el nivel de educación secundaria es importante para ejercer la influencia sobre las decisiones de procreación .
- Ampliar los programas de comunicación masiva y de educación en temas de población y salud reproductiva.
- Mejorar los niveles de alfabetismo. Puesto que, la capacidad de comprensión de lectura cumple una función especial en ejercer influencia sobre las decisiones de procreación. Por ende, incrementar la habilidad para leer y escribir mediante el mejoramiento de la calidad escolar y la implementación de programas de educación para aquellos que no asisten a la escuela podría rendir beneficios económicos, así como demográficos y de salud.
- Fortalecer las actividades de planificación familiar.
- Proporcionar oportunidades de empleo e ingresos a las mujeres que tengan instrucción básica.
- impulsar el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores mas vulnerables de la población.

En este contexto el Estado Ecuatoriano debe enfocar las políticas sociales de manera integral, debe hacer esfuerzos muy particulares por mejorar los encadenamientos entre lo económico y lo social, esto tiene tres dimensiones principales. La primera, es la necesidad de tener políticas con alta prioridad en empleo y educación con equidad de género, como dos temas centrales que vienen afectando al país. La segunda, es contar con políticas de Estado de protección social, con tres características:



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

universalidad, solidaridad y eficiencia. Y la tercera, tener políticas integrales de lucha contra la pobreza dado que, los programas sociales están enfocados a aspectos sectoriales y no se logra muchas veces la coherencia necesaria para poder avanzar en la lucha contra este flagelo. Políticas que contribuirán a la consecución y mantenimiento de los Objetivos Nacionales Permanentes de Integración Nacional, Desarrollo Integral, Justicia Social, Democracia y Seguridad

Las políticas sociales deben ser integrales y a largo plazo y, formularse a través de una renovación de objetivos sociales básicos por parte de los actores sociales.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 COMPROBACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Una vez concluida la investigación considero que se han cumplido tanto el Objetivo General como los específicos planteados en el plan de tesis. Así, el objetivo general de esta tesis perseguía desarrollar una propuesta de política de Estado en Salud Reproductiva, como base del desarrollo humano sustentable, que contribuya a mejorar el desarrollo humano en el Ecuador, medido a través del Índice de Desarrollo Humano. Este se ha cumplido y me complace presentar los aspectos fundamentales que considero son los ejes que debe contener una política de Estado.

- Considerar a los seres humanos como el elemento central del desarrollo sostenible y que tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza.
- Reconocer a la población como el recurso más importante y más valioso de toda nación.
- Tomar en cuenta que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados.
- La equidad e igualdad de los sexos y los derechos sexuales y reproductivos del hombre y la mujer,

- Eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad

Esta propuesta recoge experiencias de países desarrollados a nivel a nivel mundial y regional y criterios personales, por consiguiente está sujeto a revisión y enriquecimiento con criterios que ayuden a formular políticas de Estado.

Los objetivos específicos se lograron cada uno de ellos, así:

Analizar los indicadores de salud reproductiva en el contexto mundial, regional y nacional y sus determinantes. Se analizó en todo el desarrollo del capítulo II, indicadores y sus determinantes de los componentes de la salud reproductiva, tales como: tasa de morbilidad y mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, coberturas de control prenatal y atención del parto, tasa global de la fecundidad; indicadores que varían de acuerdo, al grado de instrucción mujeres, situación socio económica de las familias, calidad de los servicios de salud. Además, se analizó el aborto como un problema de salud pública; la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y sus implicaciones sociales; cáncer cérvico-uterino, como una amenaza para la salud de las mujeres; violencia contra la mujer como un problema de inequidad de género; y la adolescencia como un periodo de la salud reproductiva, de trascendencia por sus repercusiones en el futuro del individuo. Problemas, que si bien están presentes tanto en países desarrollados , como en los en desarrollo, éstos son mucho más frecuentes en los países en desarrollo.

En el capítulo III se analizó las inequidades de género en educación, salud, empleo, desigualdades que persisten en desventaja para las mujeres pese a los avances alcanzados en los últimos años, siendo éstas más notorias en el área rural; y en el capítulo IV, indicadores de esperanza de vida, tasa de escolaridad combinada e ingreso per cápita, indicadores utilizados para la medición del Índice de Desarrollo Humano.

El segundo objetivo específico, analizar las políticas de salud reproductiva existentes, se cumplió en el desarrollo del capítulo V verificándose que países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y Noruega la salud reproductiva es una política de Estado de bienestar, integrada a otros medios para proteger a la mujer de la violencia sexual; dar a la mujer acceso a información fidedigna en materia de salud reproductiva y planificación familiar, así como para conseguir una mejor participación del hombre en la vida de la familia. Políticas que han facilitado el acceso de la mujer al microcrédito, a oportunidades económicas y fundamentalmente a la educación como base del desarrollo humano.

La hipótesis general de esta investigación fue: la aplicación de Políticas de Estado, orientadas a mejorar la salud reproductiva influenciada por varias variables como educación, ingreso per cápita, equidad de género y servicios de salud, contribuirán a alcanzar un desarrollo humano sustentable, la misma que fue verificada a través de la investigación bibliográfica y documental, el análisis de las políticas que emanan de la Cuarta conferencia Internacional de Población y Desarrollo de países desarrollados en donde se comprueba que: una política de Estado dirigida al mejoramiento de la salud reproductiva y de las opciones a una buena orientación y atención, así como la disponibilidad de servicios de calidad, contribuyen directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su

familia, produciendo un desarrollo del capital humano de ella como mujer y como madre y de sus hijos. Por lo tanto, la adecuada salud reproductiva se convierte en un elemento que contribuye al desarrollo humano sustentable. La misma que estará sustentada en una Política de Estado, es decir una política a largo plazo.

Las **hipótesis particulares** fueron:

1. La investigación y análisis de indicadores de salud reproductiva y sus determinantes permitirán formular políticas de Estado en el orden social que beneficien a la población ecuatoriana, a sus familias y a las futuras generaciones.

La investigación y el análisis del perfil de la salud reproductiva y sus determinantes en el capítulo II, me permitió evidenciar que las tasas más altas de mortalidad materna, mortalidad infantil, bajas coberturas de atención prenatal y atención del parto, alta tasa de fecundidad, alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual e infección por el VIH/SIDA, tienen una relación directa con el grado de desarrollo de los países y a su vez con el nivel instrucción y condición socioeconómica de la mujer y el área de residencia rural.

Asimismo, la violencia en contra de mujeres y niñas es un problema que lejos de disminuir, se han intensificado en los últimos años, constituyendo una lacra social, cultural y económica que representa la violencia de género, de ahí que al adoptar la plataforma de Acción de la Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijín, los gobiernos de 180 países acordaron mejorar la condición social y económica de la mujer ,a

través de políticas, programas y leyes de orden social para poner fin a todo tipo de violencia en contra de mujeres y niñas

Los problemas de la adolescente, como la fecundidad, es un problema que va más allá de los ámbitos de la salud física y psicosocial y constituye un fuerte indicador del desarrollo social. Como resultado de falta de oportunidad de educación, las mujeres en los países mas pobres presentan mayores tasas de fecundidad en adolescentes y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. El vinculo entre poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo .

Este análisis me lleva a concluir que es importante mejorar la condición social y económica de la mujer a través de políticas de Estado en el orden social lo que beneficiará a la población ecuatoriana, a sus familias y a las futuras generaciones, especialmente, a la población mas desposeída, que generalmente se encuentra en el área rural y urbano marginal verificando de esta manera la hipótesis planteada.

2. Los indicadores de esperanza de vida, porcentaje de alfabetización y situación económica, reflejada en el ingreso per cápita, están en relación directa con la calidad de salud reproductiva y el grado de desarrollo humano+.

Esta hipótesis se comprueba con el análisis realizado en el capítulo IV, en los cuadros 4 y 8 en donde se aprecia con mucha claridad la relación existente entre los indicadores de desarrollo humano medido a través de la esperanza de vida, porcentaje de alfabetización e ingreso per cápita e indicadores de salud reproductiva como mortalidad materna, mortalidad infantil y tasa global de fecundidad en países desarrollados y en países en

desarrollo. Los países con mayor Índice de Desarrollo Humano, como Dinamarca o Noruega, tienen una mortalidad materna e infantil mas bajas y una tasa global de fecundidad igualmente baja, en relación a los países con bajo PNB por habitante; lo que demuestra la influencia de los ingresos en la salud reproductiva. A mayores niveles de ingreso y desarrollo humano, mejor salud reproductiva

6.2 CONCLUSIONES

1. Uno de los avances más importantes que se ha producido en las últimas décadas es el referente a la salud reproductiva, que pasa de la atención y enfoque individualizado, de alta especialidad y con una visión puramente clínica, a procesos integrales de atención para grandes grupos de población, con un enfoque social y de desarrollo humano.

2. Con el nuevo enfoque, la salud reproductiva no es responsabilidad sólo del sector salud, las condiciones de salud y especialmente de salud reproductiva de los pueblos son resultado de factores como el desarrollo económico y los niveles de pobreza, el desarrollo social y su articulación con el medio ambiente, las oportunidades de empleo y la promoción de la mujer, el comportamiento individual en lo sexual y reproductivo, el crecimiento y desarrollo armónico de las personas y sobre todo de las niñas, especialmente en sus características nutricionales, niveles de educación y compromiso de las poblaciones. Todo ello indica que la salud reproductiva es responsabilidad multisectorial y de trabajo interdisciplinario

3. La educación a mujeres tiene un retorno social mayor que la de los hombres, pues potencian el mejoramiento de salud, la nutrición de la población y la disminución de la mortalidad materna, infantil. En países pobres, la educación de las niñas es fundamental para quebrar un círculo vicioso de ignorancia, enfermedad y pobreza, configurando en su lugar un ciclo virtuoso de aprendizaje, mejor alimentación, buena salud, productividad laboral y desarrollo sustentable.

4. Un punto fundamental que se ha reafirmado en los foros internacionales es el hecho de que el adelanto de la mujer es clave para resolver una serie de problemas de desarrollo.

5. La educación es uno de los aspectos críticos de la discriminación económica hacia las mujeres. En muchos países las muchachas reciben menos educación que los varones. Como resultado de esta falta de oportunidades de educación, las mujeres en los países mas pobres presentan mayores tasas de fecundidad adolescentes y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. El vínculo entre poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo,

6. Los derechos reproductivos incluyen los derechos de todos los individuos a controlar sus propios cuerpos, a tener sexo consensuado, sin violencia ni coerción y a entrar en el matrimonio con el consentimiento pleno y libre de ambas partes. Los derechos reproductivos son esenciales para que las mujeres ejerzan su derecho a la salud e incluyen el derecho a servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad que garanticen la privacidad, el consentimiento plenamente informado y libre, la confidencialidad y el respeto.

7. Las condiciones de salud de las mujeres están ligadas estrechamente a sus condiciones de desarrollo y en ese sentido están en desventaja debido a las limitaciones de acceso a la educación, a los servicios de salud y a la participación efectiva en el proceso de desarrollo.

8. Los principales problemas que persisten en el campo de la salud reproductiva son: alta tasa de mortalidad materna, aborto como primera causa de muerte y temprana iniciación a la actividad sexual en adolescentes y jóvenes que deriva en embarazos no deseados, desajustes psicosociales, enfermedades de transmisión social, infecciones por VIH/SIDA, entre otros.

9. La salud reproductiva es un derecho humano y el ejercicio de ese derecho es imprescindible para que un país llegue a ser sano y próspero

10. Casi el 40% de las mujeres del mundo no tienen acceso a los cuidados adecuados durante el embarazo o a elegir un método anticonceptivo. Por este motivo, cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo. Se calcula que 350 millones de parejas carecen de información sobre métodos anticonceptivos y de acceso a los mismos. Así, cada año se dan alrededor de 75 millones de embarazos no deseados y 15 millones de mujeres adolescentes afrontan la maternidad. 150 millones de mujeres que quisieran espaciar sus embarazos carecen de medios efectivos para hacerlo.

11. La equidad de género es una dimensión fundamental del desarrollo humano. Cualquier proceso que busque ampliar las opciones humanas debe asegurarse de que hombres y mujeres puedan desarrollar sin obstáculos su capacidad humana en forma plena. La equidad de género es uno de los

principios que garantiza que estas capacidades humanas se desarrollen plenamente.

12. Las muertes y discapacidades relacionadas con el embarazo no sólo causan sufrimiento humano, sino también un costo para el desarrollo socio-económico. Su muerte representa una pérdida en los esfuerzos que se realizan para lograr el desarrollo de los pueblos. Por encima y más allá de la racionalización económica y social, existe el deber moral de prevenir la mortalidad y morbilidad materna. El embarazo no es una enfermedad, y la mortalidad y morbilidad relacionadas con la maternidad se pueden prevenir a través de intervenciones simples y de bajo costo. Fracasarse en el logro de este objetivo es negar a las mujeres un derecho humano fundamental, el derecho de obtener el nivel más alto de salud posible.

13. El nivel de educación influye directamente en el mejoramiento de la salud reproductiva. Las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos modernos y de contraer matrimonio más tarde en la vida. Los progenitores educados, varones y mujeres, también aspiran en general, a tener familias más pequeñas que quienes tienen menor educación; y las mujeres educadas tienden a plasmar en la realidad su preferencia por menor cantidad de hijos. En otras palabras, las mujeres con mayor escolarización tienen mayores probabilidades de tener el número de hijos que dicen y quieren tener.

14. Las enfermedades de transmisión sexual constituyen uno de los problemas de mayor preocupación para la salud reproductiva, salud pública y sociedad en general, por lo que es importante tomar en cuenta políticas para prevenirlas y evitar el peligroso avance.

15. La salud y la pobreza están íntimamente relacionadas y esto se ve claramente al comparar la gran diferencia que existe entre la situación socioeconómica y los indicadores de salud reproductiva de países desarrollados y países subdesarrollados, como Europa Occidental, Asia Central, y Ecuador.

16. La pobreza constituye una situación que afecta principalmente a las mujeres de los países en desarrollo y entre éstas, las inequidades influyen con mayor fuerza en las más vulnerables del área rural. Ecuador no está exento de esta realidad y un paso positivo constituye el reconocimiento de esta situación.

17. La Constitución de 1998 representa un giro importante para el Estado ecuatoriano, pues marca un compromiso por el reconocimiento de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres; promueve la cultura por la seguridad y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva; garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva; y el derecho a tomar decisiones libres y responsable sobre su vida sexual. Constituye un hito fundamental en el proceso de fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ecuatorianas. El movimiento de mujeres jugó un rol fundamental al preparar y sostener ante la Asamblea Nacional Constituyente un conjunto articulado de reformas.

18. El desarrollo humano sostenible, no es sino el desarrollo producido por y para la gente, cuyo indicador de éxito no es coincidentemente el de las tasas de crecimiento del PNB, sino el mejoramiento de los niveles sociales de vida de la gente, sin hipotecar la vida de las generaciones futuras. El desarrollo humano sostenible pone al hombre en el centro, es decir que es pro-bien, pro-empleo, pro-naturaleza y pro-equidad.

19. Persisten graves desigualdades de índole económica, social y de género, que entorpecen los esfuerzos por mejorar la calidad de la vida de centenares de millones de personas; se estima que una de cada cinco personas viven en pobreza, sin tener acceso a salud, educación, nutrición o servicios básicos.

20. El acceso universal al cuidado básico de la salud reproductiva, así como el acceso a la educación son fundamentales para la ecuación del desarrollo sostenible: el mejoramiento de la condición de la mujer, la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida para todos depende de ella.

6.3. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, la familia y la sociedad civil en general, asuman la responsabilidad de atender la salud reproductiva, tanto de hombres como de mujeres, desde los primeros años, en la niñez, cuidando los contenidos de educación sexual y previniendo la violencia y el abuso sexual; en la adolescencia promoviendo el ejercicio de una sexualidad responsable y segura; en la adultez ayudando a las personas a planificar su familia y asegurando la oportunidad de tener un hijo sano; y finalmente cuidando a hombres y mujeres después de concluido su periodo reproductivo.

2. Que el Estado ecuatoriano, a través de los Ministerios de Salud y de Educación asegure el capital humano, garantizando la salud y educación de la mujer, a través de: un adecuado control prenatal, un nacimiento sin

riesgo, un periodo de crecimiento y desarrollo sanos, el acceso universal a la educación y una adecuada nutrición.

3. Que el Gobierno, a través del Ministerio de Salud Pública, asuma los compromisos adquiridos en las diferentes Convenciones Internacionales sobre Población y Desarrollo, Conferencia Internacional de la Mujer, CIPD+5 e impulse en los servicios de salud tanto públicos como privados la Salud Reproductiva con todos sus componentes.

4. Que el Ministerio de Salud de seguimiento y evalué la aplicación de las Normas y Procedimientos de salud reproductiva; mejore la calidad de los servicios de res y hombres en sus servicios de salud con un enfoque de salud pública orientado a la comunidad priorizando la prevención y promoción de la salud a través de la Información, Educación y Comunicación (IEC).

5. Que el Estado y toda la sociedad civil, reconozcan al aborto como un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad, y en especial a las mujeres, este problema debe ser enfrentado a través de una adecuada educación sexual a los adolescentes, hombres y mujeres en general; acciones de planificación familiar, y la atención oportuna de sus complicaciones con la finalidad de evitar muertes maternas.

6. Coordinar acciones desde diferentes instituciones del Estado, particularmente del Frente Social, con instituciones tanto públicas como privadas y ONGs con el objetivo de beneficiar directamente a mujeres del área rural con programas y proyectos de microcrédito que apunten a su desarrollo integral sustentable a través del tiempo.

7. Que el Estado ecuatoriano asegure que los hombres y las mujeres, a través de la participación comunitaria, sean copartícipes en condiciones de igualdad en el desarrollo social y económico y, que las voces femeninas se oigan al igual que las masculinas; al velar por las niñas al igual que por los niños varones, que las niñas sean criadas en ámbitos saludables y dispongan de igualdad de oportunidades de asistir a la escuela y de desarrollarse física y psicológicamente antes de que asuman el papel de madres .
8. Que el Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud, la familia y sociedad en general garanticen los derechos de la mujer a vivir libre de coacción sexual y de la amenaza de violencia, a entablar relaciones sexuales sin temor de contagio y de embarazo no deseado, y a proporcionar a todas las mujeres acceso a la atención del embarazo en condiciones de seguridad para prevenir problemas, y garantice servicios obstétricos de emergencia si su embarazo o su parto presenta problemas.
9. Que las instituciones públicas y privadas y las ONGs sin fines de lucro, encargadas de la salud reproductiva promuevan la igualdad de género, a través de un análisis y el monitoreo sistemáticos de la situación de género, lo que permitirá la participación efectiva en el proceso de desarrollo humano.
10. Que los grupos de mujeres participen en el diseño, ejecución y vigilancia de políticas y programas de salud reproductiva.
11. Que el Ministerio de Salud, en coordinación con organismos internacionales y ONGs, impulse el mejoramiento de calidad de los servicios de salud reproductiva, a través de la dotación de equipamiento, materiales e insumos.

12. Que el personal responsable de prestar servicios de salud reproductiva reciba capacitación permanente y apoyo a fin de proporcionar una atención con sensibilidad humana tanto a las mujeres como a los hombres.

13. Un enfoque a largo plazo para la eliminación de la discriminación por motivos de género requiere acciones en todos los planos, que se inicia con los niños para que perciban y eviten los prejuicios de género. Los medios de difusión, el cine, la radio, la televisión y el Internet, pueden alentar imágenes y modelos de comportamiento positivos.

14. Que el Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud, Educación Y Bienestar Social refuerce alianzas mas fuertes con organizaciones no gubernamentales y comunidades locales, para vigilar y promover el cumplimiento de las normas de derechos humanos, sexuales y reproductivos y acciones más decididas para lograr el acceso a la educación primaria universal y a servicios de salud reproductiva de calidad.

15. Que los organismos internacionales, encargados del desarrollo, como los organismos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, prosigan sus actividades para incorporar el análisis de género en las políticas y programas.

16. Que el Ministerio de Salud e Instituciones Privadas y ONGs cuenten con programas que aborden las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva, que intensifiquen un activo apoyo masculino a la salud de la mujer e involucren a los hombres en un diálogo sobre la desigualdad de género y su costo para las mujeres, hombres y la sociedad en su conjunto.

17. Que el Gobierno, a través de los Ministerios del Frente Social, asigne prioridad a satisfacer las necesidades de los mas pobres entre los pobres con un enfoque coordinado de la asistencia para el desarrollo, prestando atención a la erradicación de la pobreza y la equidad de género.

19. Que los Ministerios del Frente Social focalicen la atención en la mujer rural, puesto que, es la más afectada por las inequidades de género, pobreza, analfabetismo, desempleo, mortalidad materna, alta fecundidad; por tanto, requiere la mayor atención a corto plazo con la ejecución de proyectos productivos y programas de desarrollo integral y apoyo a la mujer rural y la transforme en política de Estado.

20. Que el Gobierno, los grupos de poder económico y la sociedad en general coadyuven en la tarea esencial de erradicar la pobreza como requisito indispensable del desarrollo sostenible, a fin de reducir las diferencias de niveles de vida y de responder mejor a las necesidades de la mayoría de la población.

21. Que el Gobierno Nacional incorpore la perspectiva de género en las políticas públicas sectoriales;

22. Que el Ministerio de Salud, como órgano rector de la salud en el país, en coordinación con las facultades de Medicina, Organizaciones Gremiales y ONGs implemente programas de capacitación en los temas de género, autoestima, prevención y atención a la violencia contra la mujer, derechos civiles de la mujer y salud reproductiva con un enfoque integral e integrado.

23. Que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación, y organismo afines eleven el nivel de educación de la población, con lo cual



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

elevará el capital humano, puesto que, es innegable el impacto positivo que tienen este elemento en el crecimiento económico de los pueblos, la educación por tanto debe constituirse en elemento fundamental para erradicar la pobreza, para una mejor distribución de la riqueza y alcanzar estándares de vida superiores.

24. Que el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud Pública, dentro de las políticas de estado, considere a la salud reproductiva como eje prioritario de la salud pública y como elemento base del desarrollo humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. FNUAP. (1999), Temas de Salud Pública en el nuevo concepto de la salud reproductiva. Primera edición.
2. OPS/OMS (1995), Salud Sexual y Reproductiva
3. OPS/OMS (1995), Documento Técnico
4. ROSENFELD, Fathalla (1994), Manual de Reproducción Humana.
5. FUCARAO, Angel (1995), La Población y el Desarrollo en el pensamiento de Adam Smith y Ricardo Malthus.
6. FNUAP (1999), Estado de población Mundial. Vivir Juntos, en mundos separados, hombres y mujeres en tiempos de cambio.
7. OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación para la salud No. 8.
8. INEC-CEPAR (1999), Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras
9. Fundación José Peralta (2000), Ecuador: su realidad. Edición actualizada.
10. ODEPLAN (1999), Estado de la Población ecuatoriana. Indicadores Básicos
11. CEPAR (1998), Población y Desarrollo

12. UNICEF (2000), Estado Mundial de la Infancia
13. INEC (1999), Anuario de Estadísticas Vitales
14. WHO, Maternal Mortality: A Global Factbook. Latin America.
15. OPS/OMS (1998), 25a. Conferencia Sanitaria Panamericana
16. World Bank Atlas. (1999)From de World Develoment Indicators
17. PNUD (1999), Informe sobre Desarrollo Humano, Ecuador.
18. ODEPLAN (1999), Estado de la población ecuatoriana. Indicadores Básicos. Presidencia de la República.
19. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura. 1997.
20. SIISE (1999), Pobreza y Capital Humano en el Ecuador. Secretaría Técnica del Frente Social.
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa Ecuador , Agosto 2000.
22. Naciones Unidas, (1997).Derechos reproductivos y salud reproductiva. Informe conciso.
23. SOLCA. (1998), Registro Nacional de Tumores

24. INEC (1998), Encuesta de condiciones de vida en el Ecuador.
25. Population Reference Bureau (2000), Cuadro de Población Mundial
26. CEPAR (1999), EDEMAIN. Encuesta Demográfica Materno Infantil.
27. FNUAP (2000), Programa Ecuador.
28. Family Care International. (1999), Prevención y Manejo del aborto que ocurre en condiciones de Riesgo: Guía de Acción.
29. FNUAP (1997), Estado de Población Mundial.
30. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres. Hojas de Acción.
31. Revista Gestión, Economía y Sociedad.. Enero del 2001, No.79, Ecuador.
32. LARREA, Carlos. PRIETO, Mercedes y REED, Carolina. Indicadores para el análisis de las desigualdades de Género: Educación y empleo en el Ecuador. Quito. UNICEF.
33. REYES, Natasha. Hombres públicos, mujeres privadas. Quito, CONAMU, 1999.
34. PNUD. Informe sobre la pobreza 1998
35. UNICEF. Descifrando el Gasto Social en el 2000.

36. Fondo Monetario Internacional, 1999, Ecuador: Protección frente a la crisis económica.
37. FNUAP.OMS entre nous La revista europea de salud reproductiva y sexual. No. 43-44, 1999
38. Módulo: Gerencia en formulación y evaluación de proyectos. IAEN, 2001.
39. Acción para el siglo XXI, Salud y Derechos Reproductivos para todos.
40. Fondo Monetario Internacional, 1999, Ecuador: Protección frente a la crisis económica.
42. Tiempos del mundo, jueves 30 de noviembre 2000. Actualidad
43. Boletín Informativo. Mujeres 2000. Population Reference Buyreau.
44. FNUAP. Entre nous. N. 42 . Primavera 1999. Noticias del CIPD+5.
45. Constitución Política del Ecuador. 1998



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

46. Normas y Procedimiento para la Atención de la Salud Reproductiva.
MSP. Ecuador, 1999.

47. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de
Bogotá. DC. 1999.