

Vol. 18 - No. 3
Septiembre de 2010

CONTENIDO

Editorial

- * Prevención del embarazo en la adolescencia 1

Salud Pública y Sociedad

- * Participación Social y Programación
Local en Salud 2
- * Mejorar la Oferta y Calidad de los Servicios 6

Entrevista

- * Dr. Washington Estrella 9

Población y Desarrollo

- * Medidas para contrarrestar el Cambio
Climático 12

Salud Sexual y Reproductiva

- * Flujo y secreción vaginal (leucorrea) 18
- * La realidad de la Educación Sexual en
nuestro país 22
- * CAP en salud sexual y reproductiva de
adolescentes y adultos

Sabía Ud. que...

- * Costo de privar a las personas de la SDSR
es muy alto 26

Gerencia en Salud

- * I Curso Nacional de Actualización en SSR
en adolescentes 18

NOTICIAS

- * CEMOPLAF - CEPAR - APROFE 30

Las colaboraciones y artículos de opinión son responsabilidad exclusiva de sus autores y no comprometen a las instituciones.

Reproducción autorizada citando la fuente

COMITÉ EDITORIAL

Lic. María Elena Yépez
Dr. Paolo Marangoni S.
Sra. Aida Lafebre
Lic. Teresa de Vargas
Dr. Alberto Loaiza
Dr. Nelson Oviedo (Coordinador)

EDITOR

CEPAR - Dr. Nelson Oviedo V.

PORTADA

CEPAR

FOTOGRAFÍA

VARIAS INSTITUCIONES

**LEVANTAMIENTO DE TEXTO Y
DISEÑO GRÁFICO**

Ing. Elena Avilés
Ing. Eduardo Argüello P.

IMPRESIÓN

Efecto Gráfico - 2220392

TIRAJE

1000 ejemplares

CEPAR

Calle Montes 423 y D. Hidalgo
Casilla 17-01-2327
Telefax: 2501119 / 2233851
E-mail: cepar1@cepar.org.ec
Sitio web: www.cepar.org.ec

APROFE

Letamendi 602 y Noguchi-Guayaquil
Teléfono: 2400888 / 2400095
E-mail: becerra@aprofe.org.ec
Sitio web: www.aprofe.org.ec

CEMOPLAF

Cuero y Caicedo E-11 y Av. 10 de
Agosto
Telefax: 2233713 / 2230519
P.O.Box: 17-01-3549
E-mail: cmatriz@cemoplaf.org
Sitio web: www.cemoplaf.org

Registro SENACOM SPI-217
ISSN 1390-082X
Quito - Ecuador



En el Ecuador, mediante acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se estableció al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”. Esta fecha es propicia para reflexionar sobre este problema de salud pública, sus causas, sus consecuencias y las medidas de prevención. Aspectos que son tratados en diversas secciones de esta edición.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país es al incremento en la última década, siendo la más alta de la Subregión Andina; oscila alrededor de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad (80 nacimientos en la Subregión). En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

*El punto de partida es considerar el embarazo en adolescente como un problema **social**, pues, cuando una adolescente se embaraza, toda la sociedad debe movilizarse; e **individual**, porque afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes, en el sentido de que se ven avocadas/os a nuevas situaciones que truncan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar sus metas personales.*

El embarazo en la adolescencia es la vez causa y consecuencia de las desigualdades que persisten en el país y se relaciona directamente con las limitaciones e insuficiencias en la educación sexual y en la información y acceso a los servicios de salud,

lo cual refleja la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Muchos adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones libres y responsables respecto al inicio de la vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.

No obstante del interés del Estado y los compromisos internacionales asumidos, todavía los y las adolescentes no han recibido suficiente atención con importantes implicaciones sociales y económicas que incluyen procesos de socialización precarios, efectos adversos para la salud de la madre y el hijo o hija, dificultades para hacerse cargo de una familia, falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, rechazo o pérdida de redes sociales, falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar las metas en el desarrollo social o individual.

Para hacer frente a este complejo problema, se está ejecutando el Plan Andino y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente en respuesta al mandato de los Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA XXVIII – 30-03-07), cuyo éxito depende del compromiso y acción interinstitucional e intersectorial y de la sociedad civil en su conjunto.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL EN SALUD



Dr. Vladímir Basabe Fiallo- MD MPH *

Según Roux el proceso de participación social tiene por objetivo el que las personas se conviertan en sujetos que construyen su propio futuro. A través de ella se reivindica la participación ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones y en la toma de decisiones. En la dimensión política participación social se equipara con Democracia real, de la que es condición y resultado.

La instrumentación de la participación social, en general ha tenido serias dificultades derivadas de las diversas formas, a menudo mal entendidas, en que se ha definido esa participación, y de las hipótesis en que se han basado estas definiciones.

Si bien es cierto que el concepto de la participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana, la idea de que este proceso lo pueden promover agentes ajenos a la comunidad es un concepto relativamente moderno.

En la década de los años 1950 se empezó a aplicar el concepto como “Desarrollo de las comunidades o Promoción rural” para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de vida.

Los programas que se diseñaron tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para alcanzar objetivos determinados por

En la dimensión política participación social se equipara con Democracia real, de la que es condición y resultado.

expertos de la salud y del desarrollo, situados por fuera de la comunidad, y basándose en la premisa de que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas. Se asumió también el que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondía al organismo de salud o de desarrollo organizar la comunidad.

Cuando inevitablemente se encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por identificar líderes locales, con el objeto de que éstos contribuyeran a movilizar a la comunidad de una manera más eficaz.

Para fines de la década de los 60, ya era obvio que el criterio adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados, por lo que en la década de los años 1970 se introdujo como nueva estrategia, “La organización y desarrollo completo e integral de las comunidades”.

Esta modalidad aunque dio resultado para algunos sectores, no ha permitido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud. Son varios los factores que han influido en esta situación entre ellos se destaca la poca comprensión, de “qué es lo que se debe incluir en la participación en salud”, así a menudo se ha definido como el suministro de dinero, de trabajo o de servicios voluntarios por la comunidad, para ayudar en proyectos de salud determinados previamente por los expertos, ya sea en la ampliación de la cobertura, o en la reducción del costo de los servicios, o a veces simplemente por mejorar el uso que hace la comunidad de los servicios proporcionados por el sistema de atención de salud.

Estos modelos por no promover la verdadera participación son, o bien manipulativos o autoritarios, en el sentido de que originan el que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo

* Funcionario jubilado de la OPS/OMS
Colaborador de APROFE

nada que ver cuando se decidió iniciarlas, y que dan por hecho a un usuario pasivo que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera más como un favor que como un derecho.

Muy raras veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la intervención en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

La estructura del sistema de Servicios de Atención de Salud también ha sido un factor coadyuvante, ya que aunque se acepta el concepto, en la práctica es contraria a la participación buscando más la ejecución de actividades definidas por su propia estructura y limitada por presupuestos y prioridades decididos en diferentes niveles del sistema.

Generalmente el proceso de planificación que incluye la elaboración de los presupuestos tiene lugar en niveles muy alejados de la comunidad y hasta de los proveedores de servicios de salud locales, quienes en última instancia son los que están más familiarizados con las necesidades y prioridades de las mismas.

Por otro lado el funcionamiento de los servicios de atención de salud públicos y privados generalmente es afectado por la posición protagónica de la Recuperación de la Salud y la Medicina super especializada, donde el uso de la tecnología médica avanzada separa bruscamente a los profesionales de élite de la población servida, y hasta de sus colegas que trabajan para el primer nivel de atención, creándose una imagen estereotipada del cómo deben constituirse y funcionar los servicios. En esa imagen se consolida la dependencia jerárquica del especialista sobre el médico general y de todos los profesionales de la salud sobre la población, la cual debe asumir solamente el papel de receptor de las prestaciones que los expertos deciden.

Es reconocido que las relaciones entre el contexto sociopolítico, las estructuras económicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas de participación social. No obstante estas relaciones son todavía mal entendidas, por lo que se requiere un esfuerzo significativo en la investigación social y epidemiológica de las condiciones determinantes (limitantes o facilitadoras) de la participación y de los procesos sociales vinculados, así como el

efecto sobre la salud y el bienestar de la comunidad.

Según nuestro criterio la participación social implica la ruptura de la asimetría existente entre los servicios institucionales de salud y las comunidades, lo que significa democratizar el saber y ampliar los espacios de decisión de aquellos que han sido tradicionalmente excluidos de la posibilidad de influenciar determinaciones en materia de salud y han sido confinados al papel del "buen usuario" de los servicios, aquel que no cuestiona, reclama ni exige y se muestra agradecido por las atenciones que recibe, por considerarlas más como favor que como derecho o que han sido puestos en el lugar de la colaboración en actividades decididas, programadas y coordinadas desde instancias de las instituciones de salud.

Generalmente la importancia de que la población movilice recursos físicos y humanos para contribuir a solucionar problemas de salud no se discute, pero se cuestiona el concurso de la población cuando se orienta su intervención dentro de un contexto comprensivo y consciente de participación social, dado que en la forma tradicional se instrumentaliza a la población convirtiéndola en simple herramienta.

Por oposición a este enfoque han surgido otros que sobrevaloran el saber popular y desconocen la ambivalencia y la heterogeneidad del pensamiento popular y sus condicionantes histórico - culturales e ideológicos; descartándose por lo tanto el papel de los especialistas en salud, lo cual creemos es un error, ya que lo lógico es que la comunidad apoyada por los técnicos sean los que analicen los problemas de salud, definan prioridades, establezcan actividades y tareas, las ejecuten y evalúen tanto el proceso como los resultados.

Con relación a la Programación Local, la estrategia de Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) al pretender descentralizar las decisiones (transfiriendo la capacidad reguladora de los niveles centrales de los servicios de salud a los niveles locales) estimula e incorpora la población en los procesos de decisión. Presupone de esta forma la cesión parcial del poder resolutivo a la población, revalorizándola como sujeto de dirección y no simplemente como objeto de intervención.





Para el nivel local queda reservado la programación y ejecución de planes de corto plazo, donde se confronta los planes con la coyuntura y, se prueba la validez, factibilidad y viabilidad de programas, metas, actividades, funciones de producción, normas y procedimientos.

Bajo este supuesto la participación social en los SILOS es el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre el cuidado de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.

Los SILOS constituyen así espacios de deliberación y concertación, donde pueden realizarse análisis colectivos y programas locales concertados mediante la planificación participativa, así como un proceso continuado de desarrollo de recursos humanos.

Bajo este modelo, dentro del Proceso de Planificación los niveles jerárquicos institucionales, son los encargados de definir las políticas y estrategias generales, la formulación de planes de largo, mediano y corto plazo y la definición de objetivos, normas y procedimientos, así como la asignación de funciones de producción y la asignación de los recursos.

Para el nivel local queda reservado la programación y ejecución de planes de corto plazo, donde se confronta los planes con la coyuntura y, se prueba la validez, factibilidad y viabilidad de programas, metas, actividades, funciones de producción, normas y procedimientos.

Es así como la programación local a partir del conocimiento de las características, actitudes y necesidades de la comunidad según sus problemas de salud y los factores de riesgo, se convierte en la fuente básica de innovaciones técnicas y administrativas, para la solución de los problemas de salud y de recursos.

Lo lógico es que la comunidad apoyada por los técnicos sean los que analicen los problemas de salud, definan prioridades, establezcan actividades y tareas, las ejecuten y evalúen tanto el proceso como los resultados.

Para que la participación social sea una estrategia válida dentro del proceso administrativo, se debe viabilizar:

- a. **La deliberación entre el conjunto de actores organizados** (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y sus posibles soluciones.
- b. **La concertación entre los diversos actores sociales** sobre lo que se debe hacer para mantener o mejorar el estado de salud de la población, sobre las formas de lograrlo y sobre los compromisos y responsabilidades que es necesario asumir.
- c. **Los mecanismos de pedir y rendir cuentas** sobre el cumplimiento de las responsabilidades.

Cuando se habla de espacios de concertación es importante tener presente la estructura de poder local, las redes de solidaridad existentes, de alianzas y conflictos que se dan entre los diversos actores individuales, sociales e institucionales, que juegan un papel en dicha estructura. El reconocimiento de estos elementos constituye un punto de partida para el diseño y ejecución de programas concertados de salud.

Otro elemento a tener en cuenta es el equilibrio de las fuerzas que se expresan en el interior de los espacios, así como la capacidad de representar los puntos de vista de la comunidad por parte de sus delegados.

En la medida en que las organizaciones de la comunidad se desarrollen y tengan capacidad para interpretar sus necesidades y deseos y movilizar recursos comunitarios, tendrán capacidad negociadora y de ejercer un efecto disolvente sobre las estructuras convencionales de poder.

La planificación participativa, como prototipo de la planificación estratégica, se diferencia de la normativa y de la adaptativa por tener en cuenta los factores de poder, asume así que el conflicto es un elemento siempre presente

en el proceso y aborda diversidad de soluciones concertadas para resolverlo.

MEJORAR LA OFERTA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES¹

Nelson G. Oviedo V.²

Adolescencia etapa de desarrollo y riesgo

La adolescencia es un período de desarrollo rápido durante el cual se adquieren capacidades y se confrontan muchas situaciones nuevas. Esta etapa de desarrollo ofrece múltiples oportunidades de progreso pero también presenta riesgos para su salud y bienestar. Frente a los desafíos de este período, en el que ya no son niños pero tampoco adultos, necesitan ayuda para canalizar sus energías en un sentido positivo y productivo. Si el Estado y el mundo adulto les niega tal ayuda se corre el riesgo de enfrentar problemas inmediatos y en el futuro. Una de las contribuciones más decisivas que puede aportar el país para su progreso, su estabilidad económica, social y política, es responder a las necesidades de salud y desarrollo de sus adolescentes.

Antes de desarrollar el tema que nos ocupa, conviene tener en cuenta que muchos de los esquemas de comportamiento adquiridos en la adolescencia (por ejemplo las relaciones con el otro sexo, el comportamiento sexual, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, los hábitos alimenticios y la manera de enfrentar los conflictos y los riesgos), perdurarán toda la vida y afectarán a su turno la salud y el bienestar de los futuros hijos. La adolescencia es un período en el cual es posible evitar que se adquieran



comportamientos y hábitos nocivos y, por lo tanto, prevenir sus consecuencias.

Afortunadamente, en general, los adolescentes son receptivos a nuevas ideas; solo piden que se aproveche sus capacidades crecientes para tomar decisiones. Su curiosidad y su interés les confieren una apertura que les capacita para asumir sus responsabilidades sobre su salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, al participar en actividades constructivas, pueden establecer relaciones con los adultos y sus compañeros y adquirir comportamientos positivos para la salud.

Todo esto es particularmente importante en el campo de la salud sexual y reproductiva, cuando se trata de promover actitudes y comportamientos positivos y responsables para prevenir las ITS, incluido el VIH/SIDA, y los embarazos precoces no planificados o no deseados en la adolescencia.³

En el contexto de la situación de la SSR de la adolescencia, el Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Uname (ORAS – CONHU), mediante la resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina de 30 de Marzo de 2007 resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado

1 FUENTES: MSP: Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Plan Andino de PEA- Quito 2008.
Population Reference Bureau: Mejoras en la calidad de los servicios de salud reproductiva para jóvenes. Liz C. Creel y Rebeca J. Perry, 2004.
YouthNet: Expansión de las opciones y el acceso relativos a la anticoncepción para jóvenes- Lente Joven No. 12. 2004.
2 Coordinador de Relaciones Interinstitucionales de CEPAR
3 Ver OMS – FNUAP- UNICEF: Action en faveur de la santé des Adolescents. Vers un plan d'action, 1995.

en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”.

La satisfacción de las necesidades de los adolescentes en materia de información – educación y servicios de salud sexual y reproductiva es vital para su futuro, con importantes consecuencias para sus familias y toda la sociedad.

Estos Planes Andino y Nacional ecuatoriano que están en marcha, “fortalecerán las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario; así como identificar los determinantes sociales y el impacto que éstos tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social.

Se trata de un problema complejo y multicausal que exige acciones diversas y coordinadas a nivel intersectorial e interinstitucional. De entre ellas, en este artículo queremos referirnos solo a dos, pero que las consideramos claves para lograr resultados efectivos: la formación – educación y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Implicaciones para las políticas y los programas

La satisfacción de las necesidades de los adolescentes en materia de información – educación y servicios de salud sexual y reproductiva es vital para su futuro, con importantes consecuencias para sus familias y toda la sociedad. Por esto, en las conferencias mundiales, particularmente la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD – El Cairo 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), los gobiernos se comprometieron a cumplir con un conjunto de medidas universales

para atender y mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Entre ellas las siguientes:

- ✓ Proporcionar información - educación para la salud a los adolescentes, incluida la educación sobre la sexualidad, los comportamientos sexuales responsables, la reproducción, la abstinencia, la planificación familiar, el aborto en condiciones riesgosas, las ITS, incluido el VIH/SIDA, los roles de género, etc.
- ✓ Instar a la participación de los padres y promover la comunicación e interacción de los adultos con las adolescentes.
- ✓ Usar a los compañeros o pares como educadores para atraer más a la gente joven.
- ✓ Prestar servicios integrales de salud a los adolescentes, que incluyan información y servicios de planificación familiar a los adolescentes que tengan relaciones sexuales.
- ✓ Tratar de que los servicios sean más atractivos para los adolescentes, asegurándoles la confidencialidad, la privacidad y el respeto, así como brindándoles la información de alta calidad necesaria para un consentimiento informado.
- ✓ Tomar medidas para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y las niñas y eliminar el tráfico de mujeres.

Información – educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes

La información y la educación sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva tiene importancia crítica para el desarrollo y buen vivir de los adolescentes y jóvenes.

Es por esto que en la Conferencia de El Cairo - CIPD, los países convinieron en que. .





Urge, por lo tanto, “resignificar la sexualidad y su educación con vistas a promover la formación integral de hombres y mujeres para que puedan

“debería facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellos la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación”.

En el Ecuador, pese a tener desde 1998 la “Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor”, su implementación ha sido lenta y queda mucho por hacer para atender con información veraz y confiable las necesidades de los adolescentes y jóvenes en estas materias; por lo que no llama la atención que muchos embarazos prematuros y no deseados y muchas ITS, incluido el VIH se deban a la ignorancia y falta de orientación.

La educación sexual que demandan los adolescentes y toda la sociedad debe superar las concepciones reduccionistas, biologistas, culpabilizadoras y represivas de la sexualidad y abrir paso a enfoques integrales y humanistas, que conciben la sexualidad como una compleja dimensión de la personalidad, donde confluyen potencialidades y funciones vitales vinculadas con la pertenencia a un género, la procreación, el erotismo y el placer, la comunicación interpersonal y el amor, entre otras.⁴

entrar por la puerta grande al universo del mañana, con oportunidades equitativas de satisfacer sus necesidades de aprendizaje y desarrollo pleno de sus potencialidades, para que puedan vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo social, mejorar su calidad de vida, tomar decisiones libres y fundamentadas y continuar aprendiendo”⁵, especialmente en el campo sexual y reproductivo.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la educación sexual formal y a la población no escolarizada, los métodos para mejorar los conocimientos, las actitudes y compartimientos sexuales, debe abarcar, entre otros, la educación escolar y extraescolar, las dramatizaciones, comunicaciones populares, el juego de roles, los medios de comunicación de masas (radio, televisión, periódicos y otros medios impresos y cada vez más los medios electrónicos), líneas telefónicas de emergencia, comunicacio-

nes interpersonales, campañas de IEC o mediáticas, la educación por pares o compañeros, etc. Utilizando varios de estos for-

Con educación sexual adecuada o sin ella, siempre habrá adolescentes y jóvenes que tengan relaciones sexuales por decisión propia o por circunstancias no totalmente controlables. Por esto es fundamental ligar la educación sexual a los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente al acceso a métodos que les protejan de embarazos no deseados y de las ITS.

matos, un mismo programa puede llegar a muchos segmentos de la población adolescente y joven, logrando mejores resultados en la toma de conciencia y en

4 Beatriz Castellanos S. y Martha Falconier, La Educación de la Sexualidad en países de América Latina y el Caribe. UNFPA, Quito, 2003.

5 Ídem, pág. 18.



la adopción de actitudes y comportamientos sexuales saludables.

La información – educación debe estar ligada a los servicios

Con educación sexual adecuada o sin ella, siempre habrá adolescentes y jóvenes que tengan relaciones sexuales por decisión propia o por circunstancias no totalmente controlables. Por esto es fundamental ligar la educación sexual a los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente al acceso a métodos que les protejan de embarazos no deseados y de las ITS. Si no se incrementa la oferta de estos servicios de calidad con calidez específicamente para adolescentes y jóvenes, si no se eliminan progresivamente las barreras para su acceso, será muy difícil, por no decir imposible, lograr resultados significativos en el campo de la prevención del embarazo en adolescentes, como lo plantean el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estratégico Nacional de Salud y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente.

El Ministerio de Salud y el CONASA publicaron hace pocos meses las “Normas y Procedimientos para la Atención Integral a Adolescentes”, y la “Caja de herramientas – Documentos de Apoyo Técnico”, dentro de los cuales se trata la salud sexual y reproductiva de este grupo etario. Su conocimiento y aplicación en todo el sector salud será fundamental para lograr resultados y alcanzar tales objetivos.

“La ampliación de las opciones anticonceptivas (de los adolescentes) significa dar opciones a las personas – reconociendo que una sola opción no va a satisfacer las necesidades de todos los jóvenes. La primera cuestión que debe considerarse es cómo lograr la mejor

protección contra el embarazo no intencional y las ITS. Obviamente el medio más eficaz es la completa abstinencia sexual. Respecto a las jóvenes que tienen una vida sexual activa, el uso sistemático y correcto de condones es sumamente eficaz para proteger contra el embarazo y contra la infección del VIH, y reduce el riesgo de transmisión de otras ITS. Algunos métodos anticonceptivos, incluidos los métodos hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU), ofrecen protección más eficaz contra el embarazo, pero estos métodos no ofrecen ninguna protección contra las ITS”.⁶

La abstinencia de las relaciones sexuales sigue siendo una medida primaria de prevención. Sin embargo, los jóvenes que tienen una vida sexual activa necesitan un mayor acceso a opciones relativas a la anticoncepción – por ejemplo, educación, servicios, productos y capacitación en aptitudes de comunicación.⁷

Somos concientes que este artículo deja abierto muchos interrogantes. Por ejemplo ¿Qué tipo de programas dan resultado en su labor de promover la salud reproductiva y sexual, prevenir los embarazos tempranos no deseados y las ITS, incluido el VIH/SIDA? ¿Qué factores inciden para que algunos programas tengan éxitos y otros no?. En próximos artículos trataremos de responderlos.



6 YoutNet. Lente Joven en Salud Reproductiva y VIH/SIDA. Expansión de las opciones y el acceso relativos a la anticoncepción para jóvenes- No. 12, 2004.

7 Idem

ENTREVISTA AL DR. WASHINGTON ESTRELLA*

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR



1.- Según su criterio ¿Qué progresos se han dado en el Ecuador en el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos?

En el contexto del marco político, el Ecuador es un Estado Constitucional de derechos y justicia, donde la Constitución de la República es la Norma Suprema, de directa e inmediata aplicación y principal fuente para el desarrollo de las normas y políticas del país.

En este contexto en nuestra Constitución, en el capítulo sexto, sobre los Derechos de libertad, art. 66, reconoce y garantiza a todas las personas el derecho a una vida digna, que asegura la salud, así como la integridad física, psíquica, moral y sexual; una vida libre de violencia en el ámbito público y privado, el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Art. 32 reconoce el derecho a la SSR como parte constitutiva del derecho a la salud.

La Constitución incorpora además los derechos sexuales y reproductivos en concordancia con lo suscrito en varias Conferencias Internacionales.

La Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, la Ley sobre Educación para la Sexualidad y el Amor, la Ley del VIH/SIDA, la Ley de los Derechos y Amparo al Paciente, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, así como la Política Nacional en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, han constituido marcos legales, que han permitido viabilizar el efectivo cumplimiento de los derechos consagrados en la Constitución.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, entre los objetivos propuestos se encuentran



“Mejorar la Calidad de Vida” que incluye como política nacional la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el fortalecimiento de acciones y servicios para garantizar este Derecho y mejorar las prestaciones en la calidad de los servicios de salud.

En función del nuevo modelo de organización del Estado, el Ministerio de Salud Pública con sus facultades de rectoría, planificación, coordinación, gestión y control, a través de la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud (SNS), instancia técnica responsable del desarrollo, implementación, monitoreo, control y evaluación de políticas, planes, programas, normas y protocolos de atención integral a las personas en el ciclo de vida, ha desarrollado e implementado 37 documentos normativos para la atención de salud, de los cuales 15 documentos corresponden al grupo de salud de la mujer y de la adolescencia. (Ver Anexo 1 Normas Técnicas de la Dirección de Normatización del SNS)¹

En el “*Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*”, en los

* Director de Normatización del SNS

1 NOTA: Los anexos proporcionados por el Dr. Estrella no pueden ser publicados por razón de espacio.

Objetivos No 3, 4 y 5, se plantea mejorar el acceso informado a los servicios de salud, informar sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de los/las usuarias para la toma de decisiones conscientes e informadas sobre su condición de salud, reducir la violencia basada en género e intrafamiliar, mejorar el trato y la atención amigable y diferenciada para las/los adolescentes.

La propuesta rectora pretende cambiar el paradigma de la “Atención Clínica Materno Infantil” a una “atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva con una visión integral y con enfoque de derechos” visibilizando las necesidades insatisfechas en materia de salud sexual y salud reproductiva de todas las personas, incluyendo las mujeres, varones, poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad, como adolescentes migrantes, trabajadoras sexuales, personas con diversidad sexual y cultural

Tanto para el grupo de mujeres en edad fértil como para el grupo de adolescentes desde el año 1998 el Ecuador tiene el marco legal que reconoce los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR). Así mismo existe la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) con su respectivo Plan de Implementación. En el tema de adolescentes en el año 2007 se promulga el “**Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes**”, que se liga a la declaración de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) del embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina reconocido como un problema de salud pública.

Para la implementación de este Plan se constituye el “**Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes**”, que liderado por el MSP avanza en relación a la implementación de “**Servicios amigables y/o diferenciados para adolescentes**”; la actualización de la **Norma de Salud Integral a Adolescentes** (2009), se constituye en otro avance en lo que tiene ver con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las y los adolescentes.



2.- ¿Esos progresos, se reflejan en la situación actual de la salud y de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes en el Ecuador?

Según la Constitución y el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Estado es el garante, a

través de sus autoridades y funcionarios públicos, del cumplimiento de los derechos de los y las adolescentes.

Toda persona que actúe por mandato, con conocimiento o aquiescencia del Estado es considerado garante de los derechos de las poblaciones. La garantía del Estado se expresa a través del cumplimiento de sus obligaciones:

- Respetar: Abstenerse de violar los derechos
- Promover su conocimiento y ejercicio
- Proteger: legislar, sancionar y reparar
- Proveer y desarrollar políticas públicas
- Vigilar la implementación y cumplimiento de políticas, normas y procedimientos.

La sociedad ecuatoriana se transforma y con ella la vida de los y las adolescentes. La “modernización” junto a la precariedad social, configuran un perfil de salud– enfermedad del adolescente ligado a la violencia en todas sus formas, junto con enfermedades causadas por la pobreza, la falta de acceso a la educación y el bajo acceso a condiciones básicas de vida. A este mosaico se suma el embarazo que muchas veces pone en riesgo el proyecto de vida y la vida misma.

El enfoque de atención de la salud de adolescentes y jóvenes también va cambiando, desde una visión y práctica de Estado benefactor, hacia una salud que solo puede lograrse con la activa participación de ciudadanos/as adolescentes, de sus familias y comunidades, junto a otros esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales. En este contexto se vuelve imprescindible reconocer a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho y actores protagónicos de su propio desarrollo.

Si bien es cierto que en relación a los marcos legales y el diseño de las políticas públicas existentes hay logros y avances, es necesario recalcar que se deben mantener esfuerzos sostenidos intersectoriales que permitan la implementación de la normativa y de los planes existentes.

En la actualidad, a nivel de la red del servicios del MSP, se cuenta con 139 servicios amigables y/o diferenciados para adolescentes, en cuyos servicios se brinda la atención integral a este grupo prioritario, para lo cual el personal de salud de los diferentes niveles de atención viene recibiendo capacitación en Servicios tanto en Salud Sexual y Reproductiva (SSR),

Derechos de Salud y Derechos Reproductivos (DSDR) y sobre el paquete normativo, considerándose avances importantes. Así lo corrobora el hecho de que existe un Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes (CIPEA), foro de análisis de los temas relativos a los DSDR de las y los adolescentes, que deben tratarse desde la intersectorialidad y con participación de las y los jóvenes, ya que ellos deben ser protagonistas de sus propios procesos, de forma autónoma y libre.

Existen marcadas inequidades según niveles educativos, socio-económicos y áreas geográficas: por ejemplo, mientras el 43% de las adolescentes en situación de analfabetismo transcurren por un embarazo durante la adolescencia, sólo el 11% de las que acceden a educación secundaria lo hace. En lo que respecta a las áreas geográficas, la tasa de fecundidad adolescente más elevada se registra en la región amazónica.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad en adolescentes son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa)

Por otro lado, las tasas de desempleo son siempre mucho más elevadas entre los jóvenes de 15 a 24 años, comparadas con los demás grupos de edad y el desempleo es mayor entre las mujeres.

Los/as adolescentes son quienes presentan menores tasas de ocupación, y adolescentes y jóvenes que trabajan y tienen hijos, por su menor edad y poca experiencia, encuentran mayores barreras para encontrar trabajo, y la gran mayoría trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de la seguridad social y con limitaciones para su crecimiento personal.

Estos datos que han sido recogidos como producto de investigaciones de orden cuantitativo y cualitativo, reflejan las consecuencias que un embarazo en la adolescencia tiene en la vida de las mujeres, restringiendo de manera significativa sus posibilidades de desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos.

3.- *¿Que ha hecho y que hace el Ministerio de Salud y la Dirección a su cargo para responder a la realidad del grupo de adolescencia?*



Como ya se mencionó anteriormente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) además de liderar el **“Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”**, ha implementado hasta el presente año, 139 servicios amigables y/o diferenciados para adolescentes, la actualización del Paquete Normativo conformado por **“Normas y procedimientos para la atención integral de salud a los adolescentes”, “Protocolos de atención integral a adolescentes”, “Caja de herramientas documentos de apoyo técnico”** y la incorporación de un capítulo exclusivo sobre adolescentes en la Norma de Planificación Familiar (2010), avances logrados de manera paralela a la capacitación del personal de los servicios amigables en temas relativos a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, acceso a métodos anticonceptivos, prevención del embarazo, entre otros (Ver Anexo 2 año 2009).

El propiciar el proceso de la participación de las y los adolescentes y jóvenes, en los servicios y en el Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes (CIPEA) ha sido otra actividad muy importante dentro de los programas de salud.

4.- *¿Por qué se considera en el Área Andina y en el Ecuador el Embarazo no planificado en la adolescencia como un problema de Salud Pública y una prioridad su prevención?*



En Ecuador, según datos de Endemain 2004, el 20% de las adolescentes se embarazan antes de cumplir los 20 años, la fecundidad en este grupo etario - al contrario que en el resto de edades - ha aumentado durante los últimos años.

5.- *¿Cuáles son las razones y los propósitos para haber establecido el Día Nacional de prevención del Embarazo en adolescentes y la Semana Andina dedicada a éste tema?*



Considero que esta fecha se establece con el motivo de dar mayor relevancia, importancia y sensibilizar a nivel nacional y de la Región Andina sobre la problemática del embarazo en adolescentes, de tal manera que a nivel de la subregión las autoridades se comprometan en implementar políticas públicas que reconozcan a las y los adolescentes como sujetos de atención prioritaria.

6.- Atender este problema es una responsabilidad multisectorial e intersectorial. ¿Qué hacer para lograr la coordinación y la cooperación de las entidades y jóvenes en el diseño y ejecución de políticas públicas y programas relacionados con sus derechos sexuales y reproductivos y por qué?



Como ya se dijo, definitivamente la prevención del embarazo en adolescentes (PEA) requiere de una mirada integral e intersectorial que comprometa diversas instancias estatales, que si bien es un problema de salud pública, tiene sus implicaciones con educación, con inclusión y con otros actores, entre los que es necesario resaltar la participación de las y los adolescentes como protagonistas y asesores en la implementación de la política pública.

El Ministerio de Salud Pública está comprometido y decidido a concertar objetivos, metas y proyectos con una política concertadora y participativa con todos los actores involucrados, ejecutando las acciones necesarias para mejorar la situación actual de la salud de los grupos vulnerables de la población.

7.- ¿Qué tan importante considera Usted la participación de los adolescentes y jóvenes en el diseño y ejecución de Políticas Públicas y Programas relacionados con sus derechos sexuales y reproductivos y por qué?



La participación de los adolescentes y jóvenes en el diseño y ejecución de políticas públicas y programas para estos grupos son de mucha importancia, si no se cuenta con la participación de ellos difícilmente las acciones que se desarrollen tendrán resultados positivos con una visión clara y no adulto céntrica de cómo implementarse. Por otro lado la participación es un derecho que debe garantizarse a fin de lograr la construcción del Buen Vivir en la igualdad, que reconoce la diversidad.

8.- El Plan Andino y el Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes son una respuesta al Mandato de los Ministros de Salud del Área Andina ¿Cuáles son sus objetivos, líneas de acción y resultados?



Las líneas del PLAN ANDINO y el PLAN NACIONAL son similares:

1. Información monitoreo y seguimiento
2. Fortalecimiento de Servicios
3. Participación
4. Abogacía y comunicación

- * En relación a la línea 1, se cuenta con la línea de base sobre embarazo en adolescentes, así como algunas investigaciones de orden cualitativo.
- * A través de la Línea 2, se han implementado 139 servicios amigables a nivel nacional, con procesos continuos de capacitación e intercambio de experiencias con el personal de salud.
- * En la línea 3, con procesos participativos con 132 Organizaciones Juveniles, se ha conformado el Comité Juvenil de Prevención del Embarazo Adolescente y la red de jóvenes dinamizadores de la SSSR.
- * Finalmente en relación a la línea 4, se han producido materiales de promoción y educacionales, que han sido socializados en todo el país. En abogacía se ha elaborado la "Cartilla" para trabajar con los diferentes actores sociales con orientación hacia la salud de la adolescencia.

9.- ¿Cómo se ha avanzado en el País en el fortalecimiento de los servicios de atención diferenciada e integral a las/los adolescentes?



En los servicios de atención diferenciada y amigable a adolescentes se han provisto del equipamiento básico necesario y el talento humano debidamente capacitado. Está en funcionamiento el Sistema de Información de Adolescentes (SIA) que, en forma automatizada se constituye en el pionero en la red integral de servicios de la Institución.

En el período del 2003 al 2008 estos servicios han incrementado sus atenciones en el grupo de 10 a 14 años del 16% de cobertura al 30,5% y en el grupo de 15 a 19 años del 3,5% al 15,5%, lo que traduce un gran esfuerzo institucional para ampliar los servicios a este grupo etáreo.

10.- ¿Cuál es su criterio sobre el papel que debe jugar la familia, los movimientos sociales, la sociedad civil, la educación y los medios de comunicación social en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes?



Es necesario que los diversos actores sociales se vinculen desde un enfoque de derechos, de género e inter-generacional, que promuevan espacios de encuentro y de reflexión que contribuyan en la realización y construcción de la autonomía de las y los adolescentes.

MEDIDAS PARA CONTRATESTAR EL CAMBIO CLIMÁTICO¹

Desagregación de datos por sexo y más atención a consideraciones de género

4: Mejorar la desagregación por sexo de los datos relativos a corrientes migratorias suscitadas por factores medioambientales y prepararse desde ahora para los aumentos en los desplazamientos de población resultantes del cambio climático.²

Los factores medioambientales que inducen a las personas a marcharse en búsqueda de un nuevo lugar de residencia pueden estar relacionados con causas distintas del cambio climático y éste puede ser sólo una parte de la causa de un determinado movimiento de personas. Es necesario ampliar mucho más la investigación sobre las razones que empujan a migrar, las cuales diferirán de un lugar a otro, según los aspectos específicos de la cultura y las circunstancias.

Para la creación de conciencia y las intervenciones proactivas se requiere una mejor comprensión de los vínculos entre el movimiento de personas y los diversos factores medioambientales.

Es necesario contar con métodos innovadores de investigación y con enfoques multidisciplinarios, a fin de generar estimaciones cuantitativas y pronósticos fiables de las poblaciones afectadas, además de determinar países donde la situación es “candente” para brindarles asistencia especial. Es imprescindible que en el proceso de investigación participen muchos interesados directos; y es igualmente importante realzar la capacidad de recopilación de datos de los países que más probablemente serán afectados por la migración medioambiental.

Así podría asegurarse que tengamos una investigación adecuada sobre la cual basar sus políticas y programas.

Dado que las mujeres y los hombres tal vez se desplacen por diferentes razones y enfrenten diferentes situaciones en cuanto a la migración—diferencias en los medios de vida, los recursos, las oportunidades y las vulnerabilidades—, las consideraciones de género tienen importancia máxima al formular políticas relativas a la migración.

En el aspecto operacional, también es importante fomentar la capacidad de los gobiernos y otros interesados directos pertinentes de responder a los desafíos que presenta la intersección de cambio climático, medio ambiente y migración. Para abordar esos desafíos es preciso adoptar un enfoque operacional integral que abarque todos los tipos de movimientos de población provocados por el medio ambiente. La primera medida es fortalecer la respuesta humanitaria a fin de proporcionar asistencia y protección eficaces a las poblaciones desplazadas por un desastre.

Es necesario que las instituciones de asistencia humanitaria y desarrollo sean sensibles a las dificultades que crean los desplazamientos en materia de derechos humanos. Según las proyecciones, el cambio climático ha de afectar a las personas más vulnerables de la sociedad: hogares cuyo jefe es una mujer, niños, minorías marginadas, poblaciones indígenas, personas con discapacidad, enfermos, ancianos y personas pobres. En las hipótesis sobre el desplazamiento esta vulnerabilidad asumirá la forma de desigual acceso a alimentos, agua, albergue, atención médica, educación, transportes y otras necesidades básicas. Al formular programas que respondan a los efectos humanitarios y sociales del cambio climático, es imprescindible adoptar estrategias sensibles

1 UNFPA: Transcripción parcial del cap. 6 del Estado de la población Mundial 2009. A cinco Pasos del Borde.

2 Tema que consideramos importante en esta edición porque el 17 de noviembre se celebra el Día del Migrante. Es de esperar que el Censo de Población del Ecuador, que se realiza ese mes, y otros estudios atiendan esta recomendación.

a las cuestiones de género y defender los derechos humanos de los afectados.

Las políticas de migración y reasentamiento deberían tener en cuenta las condiciones de género, de modo que dichas políticas tengan efectos positivos tanto sobre las mujeres como sobre los hombres.

También es importante no limitarse al socorro humanitario y avanzar hacia medidas más proactivas, intensificando los esfuerzos para integrar la reducción del riesgo de desastres, incluidas preparación, alerta temprana y prevención, en las actividades operacionales a realizar en las zonas propensas a desastres. Tras la etapa de emergencia, también debería tratarse de asegurar una eficaz recuperación. Quienes obran sobre el terreno deberían volcar rápidamente sus acciones a encontrar soluciones durables para las poblaciones desplazadas y, posiblemente facilitar su regreso voluntario. Pueden utilizarse programas de estabilización de las comunidades en apoyo de ese objetivo y para vincular las medidas de recuperación con las de desarrollo sostenible proporcionando a las familias afectadas la oportunidad de involucrarse en actividades productivas. También es necesario asegurar una mejor gestión y planificación para las corrientes de población provocadas por el medio ambiente, lo cual podría incluir también incorporar esos movimientos en la planificación urbana.

Al negociar las responsabilidades y capacidades en relación con la CMNUCC, los gobiernos deberían considerar la posibilidad de establecer obligaciones de abordar la migración o el desplazamiento forzado de personas a raíz de la elevación del nivel del mar u otras condiciones del medio ambiente claramente vinculadas con el cambio climático. Los países con una mayor responsabilidad histórica por sobrecargar la atmósfera con gases que atrapan el calor también son los que tienen mayor obligación de ayudar y, en verdad, de dar lugar a las personas que quedan en la indigencia a consecuencia del cambio atmosférico mundial con respecto al cual ellas mismas tienen escasa responsabilidad. Cuando es posible regresar

a zonas donde el medio ambiente está degradado, la migración circular que contribuye al desarrollo de los países de origen puede integrarse en las medidas de adaptación financiadas por nuevos mecanismos de financiación que surgen con este propósito. La propia mitigación debería considerarse como un mecanismo de adaptación y debería reconocerse que la capacidad de migrar y de recibir e integrar a los migrantes son importantes aspectos de la resiliencia al cambio climático.

Todo lo dicho sólo será posible si se entabla una colaboración y coordinación a escala regional, internacional y mundial, que abarque no sólo todos los países, sino también todas las disciplinas, y se incorporan las ciencias del clima, la geografía, los estudios sobre migración y desarrollo y los aspectos de salud. También tendrá importancia crítica la colaboración entre gobiernos, organizaciones internacionales, entidades de la sociedad civil, comunidades locales y entidades del sector privado.

Los censos que muchos países realizarán en 2010 deberían recoger información que posibilite tener idea de la medida en que las personas ya han migrado en respuesta a factores del

medio ambiente o del cambio climático, de modo de poder formular mejores proyecciones de los movimientos de población. Si los responsables políticos, los gobiernos y las organizaciones internacionales cuentan con información completa y fidedigna, pueden así ayudar a prever las migraciones, como parte de la adaptación al cambio climático.

5: Integrar las consideraciones de género en las actividades mundiales para mitigar el cambio climático y adaptarse a éste

En las declaraciones sobre derechos humanos y en otros acuerdos anteriores a la actual focalización mundial en el cambio climático, se establecieron mandatos para que los gobiernos y otras instituciones tengan en cuenta las circunstancias en que se encuentran las mujeres y las relaciones de género.

Los países con una mayor responsabilidad histórica por sobrecargar la atmósfera con gases que atrapan el calor también son los que tienen mayor obligación de ayudar y, en verdad, de dar lugar a las personas que quedan en la indigencia a consecuencia del cambio atmosférico mundial con respecto al cual ellas mismas tienen escasa responsabilidad.

El Programa de Acción de la CIPD colocó la salud sexual y reproductiva en el centro de las acciones en pro de la igualdad entre mujeres y hombres y la dignidad y las capacidades de las mujeres en tanto seres humanos. La Plataforma de Acción acordada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se celebró en Beijing en 1995, exhortó a incorporar las cuestiones de género en las actividades de desarrollo y de interés humano, lo cual en general requiere una fundamental consideración de los diferentes efectos de políticas y programas sobre mujeres y hombres, como norma y no como excepción. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor en 1981, compromete a los países que lo ratificaron a adecuar su legislación y sus sistemas jurídicos a los imperativos de igualdad de género y a eliminar todas las distinciones, exclusiones o restricciones basadas en el sexo.

La integración de cuestiones de género debería comenzar con la participación de mujeres, junto con hombres y expertos en asuntos de género, en las delegaciones nacionales y en las propias negociaciones.

Las mujeres y los niños deben ser visibles para quienes respondan a los desastres, de manera de asegurar el éxito de la recuperación posterior; además las mujeres y los niños deben tener voz en la formulación de planes de reducción del riesgo de desastres.

Además, sería necesario incorporar también las consideraciones de género en la investigación relacionada con el clima acerca de medios de vida, utilización de recursos, vulnerabilidad y efectos del cambio climático. Los desastres naturales, que probablemente han de aumentar a medida que vaya cambiando el clima mundial, señalan una apremiante y urgente necesidad de comprender de qué manera las cuestiones de género afectan las respuestas de la gente a las crisis. Pero el momento de comprender es mucho antes de que ocurra un desastre. El concepto de reducción del riesgo de desastres se basa en el reconocimiento de que los desastres han de ocurrir, pero que las sociedades comprometidas y bien informadas pueden prever tales desastres y sus efectos y, por consiguiente, minimizar las pérdidas de vidas

y de bienes y acelerar las acciones de recuperación. En esta labor, tiene importancia crítica considerar los tipos de diferencias de género que tornan a las mujeres es proporcionalmente vulnerables a los desastres y que a veces discriminan contra ellas en los procesos de recuperación. Las mujeres y los niños deben ser visibles para quienes respondan a los desastres, de manera de asegurar el éxito de la recuperación posterior; además las mujeres y los niños deben tener voz en la formulación de planes de reducción del riesgo de desastres.

Ninguna de las medidas indicadas ha de adoptarse de manera separada de las acciones sociales más amplias encaminadas a lograr la igualdad entre hombres y mujeres. Es críticamente necesario adoptar medidas para acrecentar la propiedad de tierras por las mujeres y su control legalmente asegurado de los recursos naturales de importancia crítica de los que dependen los medios de vida de muchas mujeres. Al garantizar la igual protección ante la ley, las oportunidades de participar en el sector económico estructurado (formal) y el acceso a los servicios de salud reproductiva no sólo se fomenta la igualdad entre hombres y mujeres, sino que se contribuye además a la resiliencia de las sociedades frente a todos los tipos de cambios rápidos, entre los cuales tal vez el cambio climático sea el más peligroso.

Todavía hay tiempo para que los negociadores que han de reunirse en Copenhague y Cancún, piensen creativamente acerca de las cuestiones de población, salud reproductiva e igualdad entre hombres y mujeres, así como en la manera en que esas cuestiones pueden contribuir a un mundo justo y sostenible desde la perspectiva del medio ambiente.



FLUJO O SECRECION VAGINAL (leucorrea)

Dra. Mireya Vega *

Es la secreción que fluye por la vagina y que generalmente humedece o mancha la ropa íntima.

Las dos terceras partes de las mujeres sufren de leucorrea en algún momento de sus vidas. Puede ocurrir en las recién nacidas, niñas mayores, adolescentes, adultas y ancianas.

PORCENTAJE DE MUJERES POR PRESENCIA DE SECRECION VAGINAL APROFE "Bosmediano" – 2.006

	N°	%
Si	57	71.3
No	23	28.8
TOTAL	80	100.0

PORCENTAJE DE MUJERES CON ANTECEDENTES DE ITS APROFE "Bosmediano" – 2.006

	"n"	%
Ninguno	27	33.8
Hongos	32	40.0
Hongo y Tricomonas	10	12.5
Otros	11	13.75
Total	80	100.0

CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN:

La leucorrea vaginal normal incluye varios componentes:

Agua, electrolitos, células epiteliales vaginales, microorganismos, ácidos grasos orgánicos, compuestos de proteínas y carbohidratos.

El mayor volumen del exudado vaginal proviene de un trasudado sérico a través de la pared vaginal, y en menor proporción de las glándulas de Bartholino, de la cerviz, de la cavidad endometrial y de las trompas de Falopio. Los elementos celulares consisten en células epiteliales del epitelio escamoso vaginal y una pequeña porción de células del epitelio cervical columnar.

Se encuentran presentes en el líquido vaginal un gran número de microorganismos que oscilan de la existencia de raras colonias hasta ser tan alta como la de la 10 elevada a la octava o novena potencia de unidades formadoras de colonias por mililitro de líquido.

La concentración de anaerobios es 5 veces más que la de aerobios.

Los microorganismos facultativos más predominantes son:

Bacilos Gram positivos: Lactobacilos: 50-75, Difteroides: 40 %.

Cocos Gram positivos: Estafilococo epidermidis: 40-55%, Estafilococo Aureus: 0-5%, Estreptococo B Hemolítico: 20%, Estreptococo grupo D: 25-35%

Otros estreptococos: 35-55%

Organismos Gram negativos: Escherichia Coli: 10-

30%, Klebsiela: 10%, Otros: 2-10%

Organismos Aerobios: Peptococo spp: 5-65%,

Peptoestreptococo spp: 25-35%,

Bacteroides spp: 20-40%, Bacteroides fragilis: 5-15%, Veillonella spp: 10-35 %

Clostridium spp: 5-20%.

Se debe ser conciente de la amplia variedad de microorganismos que constituyen la flora vaginal normal. Mientras los cultivos vaginales específicos son de gran utilidad, es inútil obtener un cultivo vaginal general para identificar la causa de una secreción vaginal.

La Cándida Albicans, es el hongo más común, se encuentra en un 5-10% de mujeres asintomáticas. El Micoplasma Hominis en un 20-50%, el Ureaplasma Urealyticum en un 50-70% de las mujeres sexualmente activas completamente asintomáticas.

Son varios los factores que influyen en la cantidad y cualidad de los microorganismos presentes en la flora vaginal: el PH vaginal, el contenido de glucógeno y glucosa, el contenido de ácido láctico.

Es una hipótesis habitual que el contenido de ácido láctico en la vagina produce el PH ácido menor a 4.5. El ácido láctico se produce no solamente por el metabolismo de los lactobacilos los que utilizan la glucosa como substrato, también de otras bacterias y de células del epitelio vaginal.

* Ginecóloga de APROFE
CENTRO MEDICO "Bosmediano"

La vagina posee un ecosistema de defensa, formado por glucógeno (liberado por las células vaginales) y el lactobacilo acidófilo (bacilo de Doderlein) que transforma la glucosa en ácido láctico. Esta acidificación del medio vaginal supone una verdadera barrera para la progresión de los gérmenes patógenos en la vagina.

Existen factores y momentos en que se pierde la acidez vaginal: durante la menstruación, después de un coito (por algunas horas), fase prepuberal y en la menopausia, volviéndose más vulnerables a la infección.

Los lactobacilos junto con otros organismos de la flora vaginal normal, mantienen una compleja interrelación: inhiben la sobreproducción de otros organismos potencialmente patógenos que son habitualmente parte de la flora normal y son capaces de proliferar a concentraciones elevadas como para producir síntomas, como por ejemplo la *Cándida albicans*, *Gardnerella vaginalis* y Bacterias anaerobias.



La dependencia del epitelio vaginal del equilibrio hormonal hace que el sistema varíe con las variaciones de la edad de la mujer. Así:

En el nacimiento y durante un período ulterior de casi de dos semanas: el organismo se halla bajo la influencia de los estrógenos maternos, por lo que el epitelio de la vagina es rico en glucógeno y los lactobacilos utilizan el glucógeno o producto de su hidrólisis y producen ácido láctico, por lo que el PH vaginal tiende a descender hasta valores de 4.5 lo que hace que la vagina resulte un medio adverso para algunas especies bacterianas, por lo que la secreción mucoide es estéril.

En el período prepuber: La producción de glucógeno disminuye y cesa con la reducción de hormonas maternas, los lactobacilos disminuyen, aumenta el PH que, de ácido se torna alcalino. Predominan otras especies bacterianas como los esquizomicetos, enterobacterias, difteroides, estreptococos, estafilococos, *cándida* y oxiuros.

Si existe secreción con sangre se debe considerar la presencia de un cuerpo extraño. La mala higiene y el contacto con los dedos, una práctica común en las niñas de 2 a 6 años, contribuye a la infección.

En la Menarca: el cuadro cambia y se estabiliza durante toda la edad fértil, aumenta los estrógenos por lo que condiciona la producción de glucógeno en las células epiteliales. De nuevo predominan los lactobacilos y otras especies bacterianas (anaerobias). El PH vaginal se modifica en el curso del ciclo menstrual alcanzando valores de acidez en el período ovulatorio y aumenta la cifra (Ph 7) al comienzo del flujo menstrual.

En el embarazo la mujer presenta una secreción fisiológica abundante por lo que las infecciones micóticas son comunes. Se puede observar infecciones provocadas por un aumento de la virulencia de las bacterias normales existentes. Las infecciones deben ser tratadas pues pueden provocar rotura prematura de membranas. Un hecho que debe tenerse en consideración es la posible presencia de *Estreptococos hemolíticos* en la población bacteriana vaginal, éstas y otras especies microbianas como la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*, pueden ser la causa de infecciones puerperales.

En la Menopausia: el epitelio se torna hipotrófico, ya no proporciona células cargadas de glucógeno, disminuyen los lactobacilos, predominan especies bacterianas mixtas provenientes de la piel y recto que colonizan la vagina: cocos gram positivos, difteroides y enterobacterias conviven con anaerobios y levaduras.

El primer objetivo del ginecólogo es distinguir una secreción vaginal fisiológica a través de la utilización de criterios clínicos: La mujer que tiene una secreción vaginal fisiológica es de aspecto blanquecino no homogéneo, flocular de secreción viscosa, un Ph menor o igual a 4.5, no hay olor de aminas, en el examen microscópico hay presencia de lactobacilos, no de leucocitos, tricomonas, ni miscelios.

Tranquilizar a la paciente es la única terapia necesaria, en la primera visita en que tengan una secreción vaginal fisiológica, rara vez se curan con terapia vaginal antimicrobiana. La educación de la paciente tiene éxito cuando se hace hincapié en la aceptación de su secreción, en vez de utilizar experimentos terapéuticos.

Para los casos patológicos, luego de un examen minucioso y la utilización seria y específica de los auxiliares de diagnóstico como examen en fresco, con método de Gram, de Nickerson y cultivos y antibiogramas, existen al momento suficientes y eficientes métodos de tratamiento que en manos de los especialistas ofrecen confianza y seguridad para el tratamiento tanto preventivo como curativo.

LA REALIDAD DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN NUESTRO PAÍS

Lic. Jenny Vásquez V.*

El comportamiento y prácticas sexuales de los y las jóvenes han sufrido cambios importantes. Cada vez, es más temprano el inicio de las relaciones sexuales, en donde los/las jóvenes son más vulnerables. De ahí la importancia, que debe ser considerada por los gobiernos, quienes deben invertir en educación sexual para los/las jóvenes, que facilite involucrar a hombres y mujeres en el cuidado, responsabilidad y participación, así como a desarrollar programas específicos que respondan a necesidades actuales y futuras, sobre aspectos de salud sexual. La educación sexual aborda la salud sexual, que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia; lo que conlleva implícito el derecho de hombres y mujeres, a obtener información oportuna, educación adecuada y acceso a servicios y productos de salud sexual y reproductiva, seguros, eficaces, accesibles y aceptables, para la regulación de la fecundidad.

Los/as jóvenes deben conocer su cuerpo, su funcionamiento, para poder actuar frente a los cambios que se les presentan, asumirlos con naturalidad y estar en capacidad de evitar riesgos en el desarrollo de su sexualidad. El desconocimiento de la fisiología de la reproducción; de prevención de infecciones de transmisión sexual; métodos anticonceptivos; violencia sexual; exigen la implementación de

Los derechos del cuerpo están arraigados en los principios más importantes de los derechos humanos; por lo tanto los derechos sexuales y reproductivos, son los más humanos de todos los derechos

La educación sexual aborda la salud sexual, que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia

políticas, programas y proyectos encaminados a ampliar el nivel de conocimientos y al desarrollo de actitudes mediante una educación sexual idónea.

Es necesario integrar a la educación sexual dentro de las prioridades para el desarrollo humano y social, pues está vinculada también con los derechos sexuales y derechos reproductivos y los demás derechos humanos, por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionada y además irrenunciable.

Mari Ladi Londoño, enuncia en el Congreso de Sexología en Montevideo, (1980) que “Los derechos del cuerpo están arraigados en los principios más importantes de los derechos humanos; por lo tanto los derechos sexuales y reproductivos, son los más humanos de todos los derechos”. Bajo esta concepción organizaciones internacionales como la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, promueven y se convierten en defensoras de estos derechos y permiten el logro del consenso acerca de la declaración de los derechos sexuales universales del ser humano emanado de la Asociación Mundial de Sexología, *Promoción de la Salud Sexual* (2000).

El trabajo en educación sexual, se enfoca en la salud sexual, que es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales, pues el ser humano tiene derechos que conocer y hacer respetar, ya sea en forma individual o como miembro de una sociedad, existiendo parámetros que

* Directora de Mercadeo de Cemoplaf



sano” y “Características de una sociedad sexualmente sana”.

Trabajos realizados como el estudio de investigación sobre el comportamiento y las actitudes frente a lo sexual de los y las adolescentes en la ciudad de Machala, *Martínez (2002)*, la Encuesta de *la ENDEMAIN (2004)*, sobre la Actividad Sexual y Salud reproductiva en mujeres ecuatorianas de 15 a 24 años; a nivel internacional, el *Diagnóstico sobre la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe (2001)*, entre otros, señalan la *necesidad de mejorar la educación sexual*, porque estiman un desencuentro, en el que se expresan problemas marcados de incompreensión, con fuertes manifestaciones represivas de los poderes educativos, recalca la vulnerabilidad de las mujeres por desconocimiento y exclusión, la lucha por los derechos de igualdad de las adolescentes embarazadas, con las que no lo están y la permanencia en los lugares en los que se desenvuelven.

Confirman que no existe un currículo educativo apropiado, evidencian la ausencia de una cultura y educación sexual entre otros; además registran, cómo los países han pasado por procesos de con-sultas nacionales para la

Una formación tradicional de la masculinidad lleva a los hombres, a la necesidad de reafirmar su virilidad a través de comportamientos como la audacia, la capacidad de conquista, la exposición a situaciones violentas.

obtención de consensos y apoyos como Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú, mientras que otros, han enfrentado importantes

conflictos con sectores conservadores de la Iglesia Católica y grupos de padres de familia. La mayoría de los países del Caribe anglófono han incorporado la educación sexual a los currículos de la educación primaria y secundaria mediante diferentes estrategias pedagógicas.

La mayor parte de los países, no han logrado la integración de contenidos y metodologías de la educación de la sexualidad en los sistemas de capacitación del profesorado y en los currículos de la formación inicial de docentes, con excepción de Cuba, Bolivia, Brasil, Colombia y Perú, que presentan grados desiguales en cuanto a la generalización de estrategias y resultados, en gran parte también, debido a los avances y retrocesos producidos por interferencias de carácter ideológico de grupos de presión de carácter conservador; en otros casos, por la limitada capacidad del Ministerio de Educación y sus estructuras, así como también, por la resistencia que tienen los y las docentes frente a este problema.

Por otro lado, la *educación sexual se ve influenciada por creencias culturales, tradicionalistas, que contemplan mitos y prejuicios*; así por ejemplo: el estudio sobre el Programa de Capacitación Laboral y Empleo para Adolescentes y Jóvenes, realizado por el Ministerio de Bienestar Social, Dirección Nacional de la Juventud, en Quito (1999), que refleja, que el aprendizaje de la sexualidad está cargado de temores y restricciones, está latente el miedo a agresiones sexuales, al engaño, a los embarazos no deseados, mientras que una formación tradicional de la masculinidad lleva a los hombres, a la necesidad de reafirmar su virilidad a través de comportamientos como la audacia, la capacidad de conquista, la exposición a situaciones violentas.



CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y ADULTOS DE LAS COMUNIDADES DE LOS CANTONES COLTA Y GUAMOTE¹

INFORMACIÓN GENERAL

En Ecuador, las provincias más deficitarias en lo económico y social tienen proporciones importantes de población indígena, particularidad que se cumple con fuerza en Chimborazo, en especial en sus cantones Colta y Guamote.

Ante esa problemática que enfrenta la población indígena, sustentada en varios diagnósticos documentales de educación y salud, particularizando en los citados cantones (Colta y Guamote), CEMOPLAF suscribe un convenio con PPFA-I para contribuir a través de programas de educación y servicios en salud sexual y reproductiva al desarrollo integral de jóvenes indígenas, buscando fortalecer el crecimiento personal y proyectos de vida de esta población joven.

Dentro de las actividades previstas en el convenio se establece la necesidad de partir con las actividades del proyecto una vez realizado un diagnóstico situacional, resultados obtenidos que forman parte de un informe en extenso y que sistematizados conforman este artículo.

La encuesta utilizó un método de muestreo

En Ecuador, las provincias más deficitarias en lo económico y social tienen proporciones importantes de población indígena, particularidad que se cumple con fuerza en Chimborazo, en especial en sus cantones Colta y Guamote.

mixto de dos etapas, un primer muestreo que escoge las comunidades sobre la

Catón Olmedo Toledo²

base de criterios de prioridad y luego selecciona en forma aleatoria las 15 requeridas y la segunda etapa del muestreo que escoge las 24 viviendas a ser encuestadas en cada comunidad seleccionada.

132 comunidades fueron sometidas a diferentes criterios de selección, resultado de la aplicación de criterios de selección determinó que se escojan 15 comunidades: Secao, Calanche, Guacona San Isidro; San Bartolo Grande, Llin Llin las Juntas, El Troje, Gahujon Bajo; La Esperanza; Santiago de Quito, Colta Montas Alto, El Lirio, Sicalpa Viejo, San José de Chacaso; San Alfonso de Tio Cajas; Chismante Alto – Larcapungo.

De acuerdo a los compromisos establecidos, se utilizaron como encuestadores a jóvenes del lugar, 32 jóvenes fueron capacitados en el manejo del cuestionario

Se entrevistaron a 360 personas de las cuales 180 son hombres y 180 mujeres; en el grupo de hombres se entrevistaron a 87 jóvenes y a 93 adultos, mientras en la de mujeres las jóvenes ascienden a 102 y las adultas a 78 casos completando en los dos grupos una muestra de 180 personas masculinas y 180 femeninas.

Tanto hombres como mujeres se identifican en la casi totalidad como indígenas, en cuanto a la “pertenencia”, está claro que se trata de una población que nació en la comunidad y siempre ha vivido allí. Alto porcentaje situado en torno al 96 por ciento manifiesta que vive con su familia.

La mediana de educación apenas llega a cuarto año de primaria, igual valor en mujeres que en hombres, entre los jóvenes (menos de 25 años) los porcentajes de jóvenes que estudian alcanzan al 67.6 y 73.2 por ciento (más alto para varones).

1 Síntesis del Informe General del estudio CAP sobre SSR en jóvenes indígenas de Chimborazo. C. Olmedo CEMOPLAF. 2009

2 Director de Investigación y Evaluación de CEMOPLAF

Una de particularidades de las áreas indígenas es la alta proporción de partos que se producen en casa, así se manifiesta en la encuesta con un promedio del 85 por ciento de los casos, claro problema de salud pública

En cuanto a las condiciones económicas, trabajo remunerado (con dinero o en especies) tienen algo más del cincuenta por ciento

de los jóvenes, quienes están mayormente dedicados a labores conexas a la agricultura.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 45.6 por ciento de hombres manifiesta haber embarazado alguna vez a una mujer, mientras las mujeres dicen haberse embarazado en el 48.3 por ciento de los casos. Los porcentajes son diferentes por edad, en el caso de los hombres jóvenes (de hasta 24 años) el porcentaje que ha embarazado alguna vez a una mujer contribuye con el 15 por ciento, la mitad del porcentaje que alcanzan los hombres adultos (30.6%).

En el caso de las mujeres las jóvenes que se han embarazado alcanzan al 18 por ciento, el doble del índice promedio anual de todos los jóvenes en el país (9%), elevándose al 30.3 por ciento de mujeres adultas que se han embarazado alguna vez en su vida.

Las medianas de edad al primer embarazo en el grupo de mujeres son de 19 años, con pequeñas diferencias en el grupo de jóvenes con las del grupo de adultas siempre entorno a los 19 años; la misma mediana de 19 años se produce entre hombre adultos, disminuye un año a 18 años en el grupo de hombres jóvenes.



Mientras los hombres adultos tienen promedios de más de seis hijos, el comportamiento reproductivo se reduce en 5 hijos entre el grupo de mujeres adultas, estos promedios elevados de paridez, disminuyen drásticamente entre los jóvenes, los hombres con 1.6 hijos y las mujeres con 1.4 hijos por mujer, claras reducciones que tienen que ver con la edad y el ideal reproductivo, cuya continuidad a futuro depende del programa de Planificación Familiar al que tenga acceso esta población (joven) en especial.

Los promedios de hijos deseados son de dos hijos entre el grupo de adultos (mayores de 25 años), disminuye entre los jóvenes a un hijo, el contraste entre el promedio tenido y deseados establecen que existe una brecha que se manifiesta en alta fecundidad no deseada para el grupo de mayores de 25 años. La fecundidad deseada por los jóvenes se acerca consistentemente a los hijos reportados a la encuesta por este mismo grupo, sinónimo de un mejor comportamiento reproductivo en este grupo.

Una de particularidades de las áreas indígenas es la alta proporción de partos que se producen en casa, así se manifiesta en la encuesta con un promedio del 85 por ciento de los casos, claro problema de salud pública, que se complica por la precaria situación de vivienda en la que habita esta población.

La correspondencia usual entre lugar y profesional que atendió el parto, muestra que alrededor del 20 por ciento han utilizado a un profesional de la salud, el resto de casos son atendidos en casa por otro tipo de personas entre las que destacan las parteras con más del cuarenta por ciento. Este comportamiento no es fácil de modificar ya que a la pregunta “donde daría a luz en un nuevo o próximo embarazo”, las respuestas mayoritarias son en casa, así lo expresan las jóvenes (67.6%) y las adultas (74.4%).

En referencia al uso de métodos para regular la fecundidad (preguntas que cuentan con respuestas de hombres y de mujeres) los resultados son desalentadores, únicamente el 11.7 por ciento de los hombres manifiesta que ha usado un método, porcentaje que casi se reduce a la mitad en el grupo de mujeres (6.1%).

Las relaciones sexuales declaradas entre la población investigada alcanzan a la mitad de los casos, tanto para hombres como para mujeres, los rangos de estas medias tienen un amplio intervalo para hombres cuanto para mujeres.



Han tenido relaciones sexuales el 21.4 por ciento de los hombres jóvenes, porcentaje que se multiplica por cuatro en los hombres adultos (96.1); En cuanto a las mujeres, 28.4

por ciento de mujeres jóvenes declaran haber tenido relaciones sexuales, incrementándose sustancialmente entre mujeres adultas (94.9%).

La media de edad a la primera relación sexual es de 17.8 años para mujeres, más precoz en el caso de mujeres jóvenes (17.1), este comportamiento de los jóvenes a tener más temprano sus relaciones sexuales se cumple también para los hombres jóvenes que inician sus relaciones sexuales a los 17 años. Se puede generalizar que el inicio de la actividad sexual se ha hecho más prematuro en el tiempo.

Cuatro de cada cinco relaciones sexuales se producen sin uso de condón, experiencias sexuales de alto riesgo, un 3.1 por ciento de hombres advierte que siempre usan el condón, todos ellos jóvenes.

El 51.7 por ciento de los varones responde que alguna vez ha escuchado de las infecciones de transmisión sexual, el

porcentaje que han escuchado sobre ITS en mujeres es del 36 por ciento, es decir dos de cada tres mujeres desconoce el tema de ITS. Entre la población que conoce las ITS, el VIH es la ITS más conocida, el 51 por ciento de hombres y el 52 de mujeres conocen de su existencia, para los hombres otras enfermedades conocidas son la Gonorrea (25.8%) y la Sífilis (11.9%), ésta que para el caso de mujeres es la segunda en conocimiento (12.7%). Dentro de los que conocen las ITS más conocimiento tienen los hombres.

Uno de cada dos hombres y dos de cada tres mujeres se hicieron atender de estos problemas en un establecimiento de salud, no obstante solo concluyeron el tratamiento el 66.7 y 46.7 por ciento de hombres y mujeres en ese orden.

En mujeres la fidelidad es el principal comportamiento (64.4%) especialmente en adultas (73.7%); porcentaje importante para grupo de mujeres está la categoría "no hace nada" que conjunta al 30 por ciento, categoría porcentualmente más importante en jóvenes con el 42 por ciento.

Para el caso de varones es dominante el no hacer nada (47.2%), resalta el porcentaje de los hombres jóvenes (62.5%) y entre los jóvenes adultos la fidelidad comportamiento adoptado al decir de los entrevistados en la mitad de los casos.

La percepción de riesgo de contraer la pandemia es baja, tener poco riesgo de contraer VIH / SIDA lo considera el 35 por ciento de la población, lo que agregado a los mencionan "ninguno" que son el 24 por ciento alcanzan al 59 por ciento de los casos. Uno de cada cinco menciona tener mucho riesgo y son los que en sus relaciones sexuales usan condón para prevenir un posible contagio.

RELACIONES DE GÉNERO

En las respuestas de asunción de la persona más importante de la casa existe una influencia del sexo del entrevistado, así las mujeres reconocen a la madre como la persona más importante (31.7%), mientras los varones creen que es su padre (30.7%).

Son importantes los porcentajes que obtienen las categorías “esposa o esposo” con el 17.9 y 22.7 por ciento respectivamente. Al parecer ha habido un cambio actitudinal ya que usualmente la persona más importante del hogar era el más viejo y generalmente debía pertenecer al sexo masculino.

Las decisiones del hogar en sus ámbitos económicos y sociales son atribuidas al padre o pareja o uno de los dos, así se pronuncia en forma mayoritaria los miembros de los hogares encuestados. Menciones de hijos, hermanos, abuelos, tíos u otros parientes tienen individualmente frecuencias muy limitadas.

En relación a los roles de género se observa un cambio en los conceptos, presentando porcentajes que demuestran una actitud más equitativa en el rol de hombres y de mujeres datos comparados con el comportamiento de la población en el pasado.



En síntesis en las relaciones de género se ha evolucionado favorablemente, en especial en la concepción de los roles; subsiste sin embargo la duda que estas afirmaciones se traduzcan en prácticas

activas que si se notan entre los más jóvenes, pero que quedan en la retórica entre la poblaciones de mayor edad.

Dentro del estudio de las enfermedades que se producen en las comunidades, éstas se presentan con alguna complejidad ya que el 87.7 y 72.2 por ciento de hombres y mujeres han tenido que acudir alguna vez a un centro de salud

ATENCIÓN DE SALUD Y HABITAT

Tanto para hombres como para mujeres los lugares de atención más demandados son los hospitales o clínicas, centros o subcentros de salud con porcentajes que agregados suman

más del sesenta por ciento. También son demandados los servicios de la seguridad social campesina, en virtud del aseguramiento comunitario en el 12 y 18 por ciento para hombres y mujeres respectivamente. CEMOPLAF en estas comunidades tiene porcentajes de demanda marginales.

La mayor parte de la morbilidad se asocia a la medicina general que es requerida por el 77.8 por ciento de los hombres y por el 85 por ciento de las mujeres que han tendido alguna vez que atender su salud en lugar diferente al de su casa.

En relación al habitat la tenencia de la vivienda mayoritariamente es “propia”, con más del 90 por ciento, La disponibilidad de luz eléctrica está generalizada a casi todas las viviendas, los problemas de infraestructura comienzan a hacerse visibles cuando se investiga la disponibilidad del agua, los mayores porcentajes pertenecen a la “no disponibilidad” de agua dentro de la vivienda, con un valor promedio del 64.2 por ciento de las viviendas sin agua dentro de su habitat. En relación a la disponibilidad de redes de alcantarillado la situación es deficitaria, no disponen de alcantarilla la mayoría de viviendas en las comunidades (90 y 100%), Asociado a este problema la disponibilidad de servicio higiénico dentro de la vivienda en promedio asciende al 13.3 por ciento, es decir el 84.7 por ciento no disponen de servicio higiénico dentro de sus viviendas, En general la infraestructura de vivienda es deficitaria, los promedios de necesidades básicas insatisfechas duplican los índices nacionales para áreas rurales.



¿SABIA USTED QUÉ...

EL COSTO DE PRIVAR A LAS PERSONAS DE LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ES MUY ALTO?!

Una mirada a los hechos



Las malas condiciones de salud sexual y reproductiva, tales como las complicaciones vinculadas al embarazo y al parto, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) y los diferentes tipos de cáncer que afectan el aparato reproductivo, representan más de la tercera parte de la carga global de enfermedad de las mujeres en edad fértil (15 – 49 años), y una quinta parte de esta carga en toda la población.



Cada año mueren por lo menos 536 mil mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo y al parto. El 99% de estas muertes ocurren en los países en desarrollo. Más de 10 millones padecen enfermedades graves o de larga duración o discapacidades por estas causas.



Solo el 53% de los partos en todo el mundo son atendidos por personal calificado y solo 40% de los partos tienen lugar en hospitales o centros de salud.



En países con tasas de mortalidad muy elevadas, el 20% de las mujeres con mayor poder adquisitivo tienen una probabilidad cuatro veces más alta de ser atendidas por personal calificado durante el parto que el 20% de las mujeres por menor poder adquisitivo.



Las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto constituyen la principal causa de muerte a nivel global entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Cada año mueren al menos 68 mil mujeres por complicaciones vinculadas a abortos



En los países en desarrollo, la prestación de servicios básicos de salud materna y para recién nacidos cuesta un promedio de 3 dólares per cápita al año. El costo total para salvar la vida de una madre o su hijo cuando surgen complicaciones de salud es aproximadamente 230 dólares.



La fístula obstétrica afecta a más de dos millones de mujeres y adolescentes en todo el mundo.



201 millones de mujeres que viven en países en desarrollo quisieran dejar de tener hijos, o postergar el próximo nacimiento, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Al atender esa “necesidad insatisfecha” se podría prevenir 52 millones de embarazos no deseados por año y, de este modo, evitar 142 mil muertes vinculadas al embarazo y 1.4 millones de muertes infantiles.



120 millones de mujeres que desean utilizar métodos anticonceptivos para espaciar y limitar sus embarazos no pueden hacerlo porque carecen de acceso a información, educación y consejería sobre planificación familiar, no tienen acceso a métodos anticonceptivos o enfrentan otras barreras sociales, económicas o culturales que limitan su acceso a estos servicios.



Cada año ocurren 80 millones de embarazos no planificados, o no deseados; como resultado, hay 45 millones de abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones, muchos de los cuales podrían evitarse si se dispusiera libremente de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.



Cada año hay un millón de defunciones a causa de infecciones del aparato reproductivo, incluidas las enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH/ SIDA.



1 Recopilación y organización de datos: Nelson Oviedo V., Coordinador de Relaciones Interinstitucionales de CEPAR. Fuentes: Family Care International (FCI): Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva. Fichas informativas (Utiliza múltiples fuentes), Nueva York, 2005. UNFPA: Estado de la Población Mundial 1997.

Sabía Ud. que ... ?

 Al menos 60 millones de niñas que podría haberse esperado que vivieran, han “desaparecido” de diversas poblaciones, como resultado del descuido o de los abortos selectivos por sexo.

 Cada año dos millones de niñas entre 5 y 15 años de edad son incorporadas al mercado de las relaciones sexuales comerciales.

 A nivel mundial, por lo menos las dos terceras partes de todas las Infecciones de Transmisión Sexual registradas se dan entre hombres y mujeres que tienen menos de 25 años de edad.

 La ONUSIDA en el informe del 2007 señaló que en el mundo había 33 millones de personas con VIH/SIDA y casi la mitad de éstas son mujeres, la mayoría de las infecciones de VIH se producen por transmisión sexual. En ese año hubo 2.7 millones de nuevas infecciones y 2 millones de muertos por esta causa.

 En América Latina la pandemia se presenta relativamente estable con 1.7 millones de personas que viven con el virus, pero pese a esa estabilización, se dieron 140 mil nuevas infecciones ese año y murieron al menos 63 mil.

 Más de la mitad de nuevos infectados por VIH tienen entre 15 y 24 años de edad. Cada día quedan infectados 6 mil jóvenes, uno cada 14 minutos.

 En Ecuador, 6 de cada 10 (60%) de los nuevos infectados con VIH son jóvenes entre 15 y 30 años (MSP). En el 2009 registró 19.894 personas con VIH/SIDA, frente a 13 mil en el 2008, o sea 6.984 nuevos casos en el último año.

 Las mujeres entre 15 y 24 años de edad tienen tres veces más probabilidades de ser infectadas por VIH que los hombres de la misma edad.

 Existen mayores probabilidades de que los hogares afectados por VIH se encuentren en condiciones de pobreza que los que no están afectados por esta enfermedad. Las complicaciones que trae aparejado el VIH/SIDA pueden reducir el ingreso familiar entre un 66 y un 80%.

 Nueve de cada 10 personas que viven con SIDA en países en vías de desarrollo y necesitan tratamiento antirretroviral no lo reciben.

 Solo el 42% de las personas que se encuentran en riesgo de contraer el VIH por vía sexual pueden conseguir condones.

 Solo el 12% de las personas que desean someterse a una prueba de VIH tienen acceso a servicios voluntarios de consejería y diagnóstico.

 Las enfermedades de transmisión sexual afectan desproporcionadamente a las mujeres, en particular a las jóvenes, por su mayor susceptibilidad biológica agravada por las realidades sociales. Muchas se ven obligadas a tener relaciones sexuales y tienen poco poder para negociar el uso de condones con compañeros sexuales de mayor edad.

 El costo anual total de proporcionar mejorar servicios de salud de la reproducción en todo el mundo es cerca de 17 mil millones de dólares, cantidad inferior a la del gasto semanal en armamentos en todo el mundo.

¿Qué hacer para enfrentar estos problemas?

Los hechos y datos consignados, que podríamos ampliarlos, son la consecuencia del no cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos por la legislación internacional y de la mayor parte de los países del mundo.

Si son tantas y tan graves las consecuencias de las limitaciones al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la solución es establecer políticas, estrategias y acciones a todo nivel para que tales derechos sean respetados. Entre las acciones podemos mencionar las siguientes:

 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para todos para el año 2015 a través del sistema de atención primaria de salud, en tanto constituye una estrategia clave para alcanzar los ODM.





Convertir la salud sexual y reproductiva en una parte integral del proceso de planificación para el desarrollo nacional e incluir todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, incluida la salud reproductiva de los y las adolescentes y la salud materna, en los informes nacionales sobre seguimiento y avances alcanzados en la consecución de los ODM.



Construir y fortalecer la capacidad de los sistemas de atención primaria de salud, desde las comunidades hacia los hospitales, para facilitar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva que sean amigables y de calidad.



Fortalecer los vínculos entre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA en la legislación, las políticas y los programas pertinentes.



Tomar medidas necesarias para que la provisión de insumos de salud sexual y reproductiva –incluyendo una amplia gama de anticonceptivos seguros y eficaces, especialmente condones masculinos y femeninos– sea constante, y aumentar el financiamiento para cubrir las deficiencias que existan en este campo.



Priorizar la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva de los sectores más pobres y marginados de la sociedad, incluyendo a los y las adolescentes y a las personas que viven con VIH/SIDA, y sensibilizar a los proveedores de salud sobre las necesidades particulares de estos sectores.



Tomar las medidas necesarias para que la educación sobre salud sexual y reproductiva sea una parte obligatoria de los programas escolares y que la misma esté al alcance de los y las jóvenes que se encuentran fuera del sistema escolar.



Garantizar los derechos humanos de las mujeres y niñas, incluidos sus derechos reproductivos, mediante leyes, políticas y programas.



Garantizar el acceso de todas las mujeres a una atención prenatal y postparto de calidad en sus propias comunidades.



Asegurar que todos los partos sean atendidos por personal calificado mediante su incorporación en los sistemas de salud

provinciales, y procurar que reciban los insumos, el apoyo y la supervisión necesarios.



Asegurar el acceso a cuidados obstétricos de emergencia, inclusive la referencia efectiva y el traslado a establecimientos de salud adecuados para todas las mujeres que presenten complicaciones.



Asegurar el acceso a servicios de atención postaborto de calidad, incluso al tratamiento de complicaciones vinculadas a abortos realizados en condiciones de riesgo y a consejería y servicios de planificación familiar posaborto.



Capacitar, autorizar y respaldar a las y los profesionales de salud de nivel medio para que se encuentren en condiciones de prestar servicios de calidad en SSR y de llevar a cabo procedimientos que salvan vidas de manera segura y eficaz.



Invertir mayores recursos en la prevención del VIH, incluso en la difusión de información precisa a través de todos los medios de comunicación y sistemas de educación adecuados.



Involucrar a los jóvenes, mujeres y personas que viven con VIH/SIDA en el desarrollo e implementación de las políticas y programas de SSR y de VIH/SIDA, y comprometer a las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades afectadas y otras aliadas no tradicionales en este proceso.



Trabajar con las mujeres, las familias y las comunidades para concientizarlas sobre la importancia que reviste la buena salud materna y la salud reproductiva, eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres utilicen los servicios existentes y empoderarlas para que se encuentren en condiciones de tomar decisiones relativas a su salud y bienestar personal”. (Family Care International, op. cit.).



Dar cumplimiento efectivo a la Política y Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva, al Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y al Programa de VIH/SIDA.

CURSO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

Con ocasión del día Nacional y Semana Andina de Prevención del Embarazo en Adolescentes, el CEPAR, conjuntamente con el Ministerio de Salud – Dirección de Normatización – CIPEA, el UNFPA y los Médicos del Área de Salud No. 5 – DPSP, han organizado este importante curso de actualización.

Este evento de gran nivel académico tendrá lugar del 22 al 24 de septiembre en la Academia de Medicina, Pabellón 4 del Centro de Convenciones Eugenio Espejo.

Los organizadores hacen una cordial invitación a todos los profesionales de la salud, de la educación y de otras áreas que tienen relación con los adolescentes y jóvenes a participar en este evento que tiene un valor curricular de 40 horas.

ANTECEDENTES

El Ecuador junto con 179 Estados de todo el mundo se comprometió en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) a “responder a las necesidades de información, orientación y servicios de salud reproductiva y sexual de alta calidad que tienen los adolescentes y jóvenes” como medio de “alentarlos a seguir con su educación, aumentar al máximo sus posibilidades de desarrollo personal y prevenir matrimonios prematuros y procreación de alto riesgo”. Esta Conferencia y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer reconocieron que estos objetivos no solamente son necesidades de los adolescentes y jóvenes, sino también sus derechos.

Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, particularmente con el embarazo no planificado, motivaron a los Ministros de Salud del Área Andina a establecer como prioridad su atención: “reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”. (REMSAA XXVIII, Resolución del 20-03-07).

En concordancia con el mismo, el Ecuador aprobó y está implementando el “Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”, cuyo objetivo es “Contribuir a disminuir el E.A. mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil”.

Por otra parte, el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005, estableció el 26 de Septiembre de cada año como el “Día Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador viven 2.783.108 adolescentes entre 10 y 19 años de edad. Representan el 20% del total de la población ecuatoriana.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la Subregión Andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Dos de cada tres



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

La manera en la cual es vivenciada y socializada la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) durante la adolescencia, resulta trascendental para el resto de sus vidas y para la calidad de vida futura, ya que es en esta etapa cuando se instauran los estilos de vida saludables o de riesgo. Es así como la SSR en adolescentes se convierte en un área de atención prioritaria para la comunidad internacional y nacional, las organizaciones civiles, las instituciones de salud, la academia y los Estados. Sin embargo, a la fecha las y los adolescentes no han recibido suficiente atención ni información por lo que el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (DSR) y demás derechos permanece bastante limitado.

Existen innumerables barreras de acceso geográficas, económicas, culturales y de género que impiden la intervención oportuna en la salud integral de las y los adolescentes y específicamente en su SSR en los aspectos de prevención y promoción, lo que incide directamente en el embarazo adolescente.

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y afectan de manera determinante su futuro y su proyecto de vida. Las implicaciones más notorias son: los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a; dificultades para su pareja y para su familia, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar y continuar su formación escolar; las barreras para el acceso a trabajar, sea presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas e inclusive, el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

Es por todo esto que abordar los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y trabajar por la reducción del embarazo adolescente es una responsabilidad multisectorial, interinstitucional, de la sociedad civil, pero especialmente de los profesionales de la salud y otros que atienden a los adolescentes.

Por ello hemos creído oportuno aportar a su actualización y capacitación para mejorar en calidad y calidez los servicios que ofrecemos a este importante grupo poblacional.

OBJETIVO GENERAL

- * Actualizar y desarrollar conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en el marco de la salud integral, para contribuir al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y a la prevención del embarazo no planificado en estos grupos poblacionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Al término de la experiencia de enseñanza-aprendizaje del curso, los participantes alcanzarán las siguientes competencias:

- * Conocimiento global y actualizado del marco conceptual de la salud y derechos sexuales y reproductivos.
- * Conocimiento de la realidad ecuatoriana en materia de SSR de los adolescentes.
- * Conocimiento del marco legal internacional y nacional sobre SDSR.
- * Manejo de elementos básicos que permitan profundizar los conocimientos e incorporar nuevas competencias al desempeño diario de los participantes y oferta de servicios de calidad con calidez en salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes.



Noticias Cemoplaf

Del 16 al 18 de junio en el Hotel Royal Decamerón Mompiche en la provincia de Esmeraldas se desarrolló el Taller de Sensibilización VIH/SIDA 2010 UNIVIDA, cierre final.

El objetivo de este taller fue: Evaluar los resultados obtenidos durante el proyecto UNIVIDA

Del 12 al 13 de julio en el Hotel Barnard de la ciudad de Quito se desarrolló el Taller de Emergencia en Atención Post-aborto

El objetivo de este taller fue actualizar los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la mortalidad materna, el modelo de las cuatro demoras en la atención obstétrica de emergencia, manejo integral del aborto incompleto y la atención post-aborto (APA) a través del modelo de atención de Planned Parenthood, centrado en las necesidades de la mujer.

Entre los temas abordados estuvieron:

- * El derecho humano a la salud
- * Mortalidad materna
- * Modelo de atención
- * Consejería en la atención post aborto

Del 26 al 27 de julio en la Sala de capacitación del Programa Adolescentes de la ciudad de Quito se desarrolló el Taller de Capacitación a Coordinadores de Programa de Adolescentes.

El objetivo de este taller fue: Compartir experiencias y socializar el trabajo realizado por los y las coordinadoras en las respectivas ciudades, mejorar los conocimientos y técnicas modernas de comunicación para fortalecer las labores en los centros de adolescentes de CEMOLAF.

Entre los temas abordados están:

- Ejercicios de autoestima
- Prevención de la violencia
- El voluntariado
- Edición de videos
- El condón femenino

El sábado 31 de de julio en la Sala de capacitación del Programa Adolescentes de la ciudad de Quito se desarrolló el Taller "Familias Fuertes" Módulo Amor y límites.

Los objetivos para los padres fueron: Comprender el valor del concepto de amor y límites para ayudar a sus hijos a desarrollar las cualidades deseadas, comprender los cambios en los jóvenes, aprender a recordar las reglas a los jóvenes sin criticarlos y usar recompensas para enseñar nuevos comportamientos, comprender el origen de la mala conducta, ayudar a proteger a sus hijos contra el abuso de tabaco, drogas, alcohol y conductas sexuales de riesgo.

Los objetivos para los promotores fueron: Establecer normas de procedimiento y las sanciones por quebrantarlas, pensar en sueños y objetivos para el futuro y visualizarlos, cumplir las reglas y responsabilidades, los adultos al igual que los jóvenes, tanto las niñas como los muchachos, aprender que las drogas, alcohol y sexo a una edad temprana les causarán daño, aprender habilidades adicionales para resistir la presión de los compañeros.

Algunos de los temas abordados fueron:

- Amor y límites (padres)
- Objetivos y sueños (jóvenes y familia)
- Comunicación familiar (familia)
- Estimular el buen comportamiento (padres)
- Obedecer las reglas (adolescentes)
- Los principios familiares (familia)

Noticias Cepar

1. ESTUDIO DE COMPORTAMIENTOS Y LINEA DE BASE PARA EL PROGRAMA DE LAVADO DE MANOS

El Programa Integrado de Desarrollo (PIDEM) que ejecuta la Organización Integral de las Migraciones (OIM), ha contratado los servicios de CEPAR para investigar y recopilar información de **línea de base en localidades de intervención** y un **estudio de seguimiento en localidades ya intervenidas**.



El público objetivo son niños y niñas de edad escolar, madres de niños/as menores de 5 años y otras personas adultas que cuidan niños/as, de quienes se espera conseguir que el lavado de manos con jabón se convierta en un hábito.

El **objetivo general del estudio de línea de base** es "investigar y recopilar información sobre las prácticas y concepciones de higiene en las zonas de intervención para diseñar un programa eficaz de comunicación destinado a promover el lavado de manos con jabón y de educación sanitaria; establecer una línea de base para evaluar los cambios de comportamiento y los conocimientos, actitudes y prácticas en estos campos; y, establecer la línea de base de la prevención de diarrea en niños/as menores de 5 años".

El **estudio de seguimiento** observa y recopila información en los lugares intervenidos para: evaluar el programa de comunicación para promover el lavado de manos con jabón y educación sanitaria; documentar los medios de comunicación masiva y alternativos utilizados por el público objetivo; evaluar los cambios de conocimientos y comportamientos respecto a prácticas cotidianas de higiene; y estimar los

posibles cambios en la prevalencia de diarrea en menores de 5 años de edad, reportados por las madres o personas que estén al cuidado de los mismos, el día anterior y durante los 15 días anteriores al que se hace la encuesta.

2. ESTUDIO PARA EL PROGRAMA ALIMÉNTATE ECUADOR

Este Programa fue concebido para garantizar el derecho a la seguridad alimentaria de niños menores de 5 años, adultos mayores y personas con discapacidad e incide en cambios de comportamiento y actitud frente a la alimentación como pilar fundamental de una vida sana.

Los objetivos de la consultoría contratada al CEPAR son:

1. Levantamiento de la línea de base sobre la situación nutricional de los niños/as menores de 5 años atendidos por Centros de Desarrollo Infantil del INFA en las provincias de la III fase de ampliación del Proyecto Alimentario Nutricional Integral (14 provincias).
2. Evaluación de Impacto I fase, correspondiente a la implementación durante un año del Proyecto mencionado en Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Tungurahua y Bolívar.
3. Rediseño Sitios Centinela I Fase del Proyecto mencionado en Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Tungurahua y Bolívar y levantamiento de Línea de Base de nueva cohorte de niños menores de 3 años.
4. Evaluación de biomarcadores nutricionales y recordatorio de consumo de alimentos en una "submuestras nacional PANI".

Todos los datos otorgarán información confiable y válida para la toma de decisiones.

3. VI CONGRESO NACIONAL DE LA ANTICONCEPCION

El CEPAR intervino en este Congreso, realizado en la ciudad de Guayaquil del

20 al 22 de Julio, con dos ponencias: Transición de la Fecundidad en el Ecuador, a cargo de nuestro Director Ejecutivo José Ordóñez Sotomayor, y El embarazo adolescente en el Ecuador, dictada por Nelson Oviedo V., Coordinador de Relaciones Interinstitucionales.

El evento congregó a más de 400 profesionales de las diferentes provincias del país que trabajan en campos especializados de la salud sexual y reproductiva y anticoncepción. Intervinieron conferencistas de Argentina, Chile, Colombia, Grecia, Italia, México, Perú y Ecuador.

4, SESIÓN ORDINARIA DEL DIRECTORIO DEL CONASA

Por el cambio de la normatividad del país (Constitución y Leyes) y decisiones políticas de las anteriores autoridades del MSP, el Directorio del CONASA no se había reunido más de un año.

El actual Ministro de Salud y Presidente del Directorio del CONASA, Dr. David Chiriboga, considerando la importancia de este Cuerpo Colegiado, como espacio de concertación de las políticas nacionales de salud, convocó a sesión ordinaria el 16 de agosto.

Con la participación de casi todos sus miembros se trataron los tres puntos del Orden del Día:

1. Saludo del Señor Ministro y presentación de la Política de Gestión del Ministerio de Salud
2. Elección de la Directora Ejecutiva del CONASA. Con el voto unánime de los miembros presentes, fue elegida la Dra. Irina Almeida.
3. Aprobación del "Instructivo para la inclusión y exclusión de medicamentos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos".

La reactivación del Directorio del CONASA ha sido reconocida con gran satisfacción por todos sus miembros y se espera que la nueva Directora Ejecutiva

tenga todo el éxito para el fortalecimiento de la salud pública del país.

5. OTRAS ACTIVIDADES

Durante el tercer trimestre del año, el CEPAR, como miembro del Comité Ejecutivo del Foro de ONG's del Sector Salud de Pichincha y como representante de las entidades de salud privadas sin fines de lucro ante el CONASA ha participado en las siguientes reuniones:

- Sesiones del Comité Ejecutivo del Foro de ONG's, en CEPAR (08-07-2010), en el Instituto de Parálisis Cerebral (03-08-2010) y en el Hospital Vozandes (07-09-2010). En estas sesiones se ha hecho seguimiento de las acciones para el Fortalecimiento de esta Red; la organización de un seminario sobre Compras Públicas que se realizará en Septiembre, y la promoción del Foro a través de acciones de IEC.
- Reunión de trabajo de la Comisión de Promoción de la Salud del CONASA (23-07-2010) para la revisión de las Normas de Planificación Familiar y de Gestión de Servicios integrados de Salud Sexual y Reproductiva.
- Reuniones de Trabajo del Colectivo de Organizaciones de la Sociedad Civil, en el Grupo Ciudad (09-07-2010) y en el Instituto IDE (29-07-2010). Se está trabajando en la normatividad de las OSC; en procesos de transparencia de este sector y en la construcción de una plataforma formal de las OSC.
- Taller organizado por la Dirección de Normatización del MSP para analizar la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar. La estrategia plantea tres ejes: 1.- Acceso real y efectivo a métodos de Planificación Familiar. 2.- Transformación de patrones socio culturales frente a la planificación familiar; y, 3.- Participación social.
- Reunión de la Subcomisión de Prestaciones del CONASA, para analizar el estado actual del conjunto de prestaciones garantizadas para el país (Régimen de Derecho a la Salud) y la Protocolización de las Prestaciones (condiciones de salud) faltantes para iniciar su implementación.

Noticias Aprove

Inauguración del centro comunal y cultural de APROFE

Como parte de la celebración de los 45 años de vida institucional, APROFE organizó un evento artístico en su centro comunal y cultural.

Con bandas musicales, cantantes y una obra de teatro se inaugura el nuevo escenario del centro comunal y artístico de APROFE. El acto contó con la participación de las bandas de la policía metropolitana, de la policía nacional, así como la de la FAE; la obra de teatro "la naturaleza" en la que participan jóvenes actores, miembros de la Fundación Génesis.

El centro comunal y cultural de APROFE, ubicado en la 40 y la b, suburbio oeste de la ciudad de Guayaquil, fue fundado en 1967 y desde entonces se dictan clases a mujeres y hombres en diferentes ramas artesanales y se han realizado presentaciones artísticas de diferente género. Anualmente, un promedio de 1.200 mujeres, se preparan en diversas ramas, lo cual fortalece su empoderamiento y autonomía económica.

APROFE en su centro comunal y cultural ha construido un escenario con capacidad para 200 personas y se han remodelado sus instalaciones para poder brindar un mejor ambiente y mayor comodidad a todas las mujeres y hombres de la comunidad.

Presentación del libro "Memorias de una Hormiga"

El 26 de agosto se llevó a cabo el lanzamiento del libro "memorias de una hormiga" cuyo autor es el Dr. Paolo Marangoni.

En estas memorias el autor narra su niñez, su juventud, su madurez y nos reconstruye

la vida de sus antepasados, de la Italia previa a la segunda guerra mundial y los dolorosos vaivenes que le tocó vivir.

En la segunda parte del libro cuenta sobre sus inicios como industrial en la ciudad de Guayaquil, así como el nacimiento de su gran proyecto APROFE y todas las dificultades políticas y prejuicios que tuvo que enfrentar hasta lograr que la planificación familiar sean un derecho de mujeres y hombres en el Ecuador.



El Dr. Paolo Marangoni es el fundador y director ejecutivo de APROFE, autor de más de cincuenta publicaciones y libros.

Memorias de una Hormiga, es su última obra que más que una autobiografía, es el testimonio de una época, de una vida dedicada a defender su pensamiento.

Clases de baile y danza contemporánea en la comunidad del Puerto el Morro

Desde el 4 de agosto de 2010 APROFE abrió un espacio para dictar clases de baile y danza contemporánea dirigido a los/as niñas/os, adolescentes y jóvenes con el objetivo de fomentar la expresión cultural, mediante la práctica del baile como aporte al desarrollo artístico de la comunidad de Puerto el Morro

