

Fundación Desafío y Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género

Diagnóstico de la situación de la Promoción, Oferta y Demanda de la Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo.¹

Quito, enero de 2010

¹ Este documento fue elaborado por Sara Larrea Izaguirre con los aportes de las organizaciones/instituciones participantes y del equipo de investigación. El equipo de investigación estuvo conformado por: Johana Rojas, María Eugenia Fóster, Yolanda Hernández, Eduardo Ortiz y Sara Larrea Izaguirre. Agradezco también a Paula Castello Starkoff y Santiago Cadena por su atenta lectura y sus generosos aportes a este trabajo.

Índice

| | |
|--|----|
| Presentación | 3 |
| Introducción | 4 |
| La salud y los derechos sexuales y reproductivos: un contexto para la demanda de Anticoncepción de Emergencia en el Ecuador..... | 7 |
| La realidad en cifras: datos estadísticos sobre la sexualidad de mujeres y hombres en el Ecuador | 12 |
| El contexto político: los tiempos de la revolución ciudadana y la arremetida fundamentalista | 16 |
| Demanda de Anticoncepción de Emergencia y procedimientos para conseguirla en el sistema de Salud del país..... | 20 |
| En el sistema privado de salud | 21 |
| En el sistema público de salud | 23 |
| Las omisiones del Estado y el trabajo de la sociedad: privatización de los servicios de salud reproductiva..... | 26 |
| Jóvenes, adolescentes y mujeres que han sido violadas: casos especiales para la entrega de Anticoncepción de Emergencia..... | 30 |
| Anticoncepción de emergencia para adolescentes y jóvenes..... | 30 |
| Anticoncepción de emergencia para mujeres que han sido violadas | 33 |
| La ilegitimidad de la Anticoncepción de Emergencia en el país..... | 35 |
| La ruta hacia la anticoncepción de emergencia: barreras y desafíos en el acceso a anticoncepción de emergencia en el país. | 40 |
| Conclusiones y recomendaciones | 42 |
| Bibliografía | 46 |
| Anexo 1: Centros de Salud visitados..... | 48 |
| Centros de Salud visitados | 48 |

Presentación

Fundación Desafío es una institución sin fines de lucro, que desde el año 2000, presta sus servicios a la comunidad y en especial a las mujeres en la promoción y oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Como institución buscamos la equidad en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, potenciando y facilitando la toma de decisiones libres y responsables en la sexualidad y la reproducción con énfasis en las mujeres y en la población adolescente de sectores populares.

La Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género es una organización autónoma, feminista y de izquierda que centra su trabajo en el fortalecimiento de las organizaciones juveniles y en la lucha por el entendimiento social y el respeto de de la capacidad de las personas, especialmente de las mujeres, lxs jóvenes y lxs adolescentes, para tomar decisiones libres sobre sus cuerpos, su sexualidad y su vida. Trabajamos en Quito y a nivel nacional mediante la articulación y la alianza con múltiples organizaciones juveniles de distintas ciudades del país.

Desde hace ya varios años, estas dos organizaciones hemos sostenido una alianza que, potenciando nuestra diversidad y nuestros intereses y capacidades diferentes, nos ha permitido complementarnos, apoyarnos y aportar a la construcción de otro mundo que creemos que es posible. Hemos cooperado en distintas actividades de difusión, análisis, formación, entrega de servicios, veeduría y presión social frente al Estado en temas relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En esta ocasión hemos puesto nuestros esfuerzos en común para levantar información acerca de la situación de la difusión y demanda de Anticoncepción de Emergencia, con el fin de entender lo que está pasando para incidir sobre el sistema médico que impide a las personas tomar decisiones libres y responsables sobre su reproducción y sus cuerpos.

Introducción

*Si analizamos por qué las mujeres sufren agresiones,
la multitud de formas de violencia que las mujeres padecen,
ya sean los crímenes en nombre del honor o la mutilación genital,
todos ellos se basan en la idea de que las mujeres
no deben controlar su sexualidad.*

Charlotte Bunch. Feminista norteamericana

El Estado ecuatoriano se ha comprometido a garantizar el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Este compromiso ha sido firmado en varios acuerdos internacionales, está escrito en la constitución vigente y es parte de varias leyes, normas y políticas públicas en el Ecuador. Parte de este deber es el de asegurar el acceso a Anticoncepción de Emergencia.

Si bien el pleno goce de los derechos sexuales y reproductivos implica mucho más que el acceso a anticonceptivos, asegurar la capacidad de las personas para decidir en los asuntos relacionados con su reproducción es un elemento clave para que este goce se haga realidad. La difusión y el acceso a Anticoncepción de Emergencia es uno de los aspectos centrales en la prevención de embarazos no deseados, especialmente en poblaciones con altas tasas de sexo forzado y poco conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos regulares.

La Anticoncepción de Emergencia es legal en el Ecuador desde 1998 (Valladares: s/r), cuando fue introducida en las normativas del Ministerio de Salud Pública, y en otras normativas que se encuentran en la Ley del Sistema Nacional de Salud y Sistema Médico Legal. Unos años después el Levornogestrel de 0.75 mg fue incluido en el cuadro de medicamentos básicos del Ecuador. Todos estos avances en derechos sexuales y reproductivos han sido logros del movimiento de mujeres y de ONGs dedicadas a trabajar en estos temas. A pesar de esto, no existen datos acerca de cuál es el estado real de la implementación de estas normas y cómo se encuentra la difusión y entrega de este anticonceptivo en los servicios de salud públicos y privados del país, al igual que en el sistema de administración de justicia.

El objetivo de este trabajo es conocer cuál es la situación de la Anticoncepción de Emergencia en el país, cómo se está ofertando en los servicios públicos y privados de salud y en el sistema médico legal y quiénes tienen acceso a ella. Pretendemos identificar las distintas barreras que se imponen al real acceso de las mujeres a este método anticonceptivo y hacer recomendaciones acerca de cómo superar estos obstáculos y garantizar el pleno ejercicio de este derecho de las personas.

El estudio fue llevado a cabo en 5 provincias del Ecuador por un equipo de jóvenes con experiencia en investigación y cuyo trabajo político ha estado relacionado con la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. Para el levantamiento de información se utilizaron técnicas cualitativas y la revisión de los datos cuantitativos y otra información existente al momento en el país. Este trabajo se llevó a cabo entre noviembre de 2009 y enero de 2010.

La pregunta de investigación que nos planteamos en este trabajo fue: ¿cuál es el Estado de la difusión y el acceso a información y a Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo?

Para contestarnos esta pregunta, usamos distintas técnicas que, complementándose, nos permitieron acercarnos a la realidad de mujeres y hombres en cuanto al acceso y la demanda de anticoncepción de emergencia en el país. Los instrumentos de investigación utilizados fueron los siguientes:

- Encuestas a usuarias: Por medio de un encuesta corta aplicada a mujeres que han usado anticoncepción de emergencia al menos una vez en su vida, buscamos información acerca de cuál es el proceso por el que pasan las mujeres, desde que se enteran de que existe un método de anticoncepción de emergencia, hasta que lo utilizan. La idea de las encuestas no era conseguir información estadísticamente representativa, sino acercarnos a múltiples experiencias de mujeres distintas, para comprender cuáles son los factores que intervienen en este procedimiento y complementar esta información con otras técnicas que nos permitirían ahondar en este tema.
- Entrevistas a informantes clave: Diseñamos guías para una serie de entrevistas a informantes clave que nos ayudarían a comprender cuál es la situación institucional dentro de los servicios públicos de salud así como de organizaciones sociales y otros servicios privados sin fines de lucro, que entregan –o deberían entregar- anticoncepción de emergencia en el país. Entrevistamos a autoridades de salud (directores/as provinciales, directores/as de procesos como normatización y la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, médicos/as legistas y fiscales) y personal de otros servicios. Indagamos acerca de los procedimientos que se siguen y las situaciones con las que se enfrentan en estos servicios que proveen. Además de cumplir con la aplicación de las guías en todas las provincias, se profundizó en las entrevistas acerca de la información pertinente para este estudio.
- Visitas a farmacias y centros de salud: visitamos varios servicios públicos de salud para constatar los procedimientos y la calidad de atención que reciben las personas cuando intentan acceder a la anticoncepción de emergencia a través del sistema de salud pública. También visitamos varias farmacias para comprobar cuáles eran los requisitos que se pedían y qué tipo de atención e información se provee en estos casos. Registramos y analizamos esta información y la comparamos con la que había sido obtenida con las entrevistas, encuestas y otras técnicas.
- Entrevistas a profundidad con mujeres y parejas que han usado anticoncepción de emergencia: Ahondamos sobre la información obtenida a través de entrevistas a profundidad. Con esta técnica intentamos acercarnos a las percepciones, valores y prácticas de las personas que usan o han usado este método y que intervienen en sus experiencias alrededor de este tema.
- Registro de conversaciones informales y experiencias de entrega de anticoncepción de emergencia: Utilizamos la técnica de elaboración de un diario de campo para registrar otra

información relevante que ha sido acumulada a lo largo de años de experiencia de la Coordinadora Juvenil y la Fundación Desafío en el trabajo de difusión y entrega de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, especialmente a adolescentes y jóvenes de la ciudad de Quito. Esta información también da cuenta de las experiencias y percepciones involucradas en el uso de este método anticonceptivo.

Además, utilizamos otras técnicas para recopilar información secundaria que nos permitió dar un contexto más amplio a los datos levantados con la investigación y elaborar análisis comparativos entre toda la información que obtuvimos a través de las diversas técnicas y metodologías:

- Recopilación y análisis de información legal, normativa y de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva: Recopilamos todos los documentos estatales que tienen relación con el tema de la Anticoncepción de Emergencia o que hablan sobre ella explícitamente.
- Recopilación y análisis de estadísticas: Seleccionamos datos estadísticos sobre temas relacionados con la anticoncepción de emergencia, que dan cuenta del contexto en que este método anticonceptivo se está usando y las razones por las que su disponibilidad es necesaria. Hicimos énfasis en los datos relacionados la situación de las mujeres y de la juventud y la violencia sexual.

En base a toda esta información y a las perspectivas de trabajo que nuestras organizaciones han construido y puesto en práctica a lo largo de aproximadamente una década de trabajo, construimos el documento que presentamos aquí. Esperamos que éste sirva para acercarnos a la comprensión de la situación actual de la anticoncepción de emergencia en el país y como un instrumento para la identificación y destrucción de las barreras que impiden a las mujeres acceder libre y gratuitamente a este método anticonceptivo, que es de vital importancia a la hora de ejercer nuestro derecho a la autodeterminación y a una sexualidad libre y placentera.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos: un contexto para la demanda de Anticoncepción de Emergencia en el Ecuador

El Ecuador ha firmado y ratificado varios documentos y acuerdos internacionales en los que se compromete a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entendiéndolos como derechos humanos fundamentales, para todas las personas, en un marco de equidad de género y de promoción del bienestar general de la población.

Algunas de las conferencias y documentos más importantes y que marcaron hitos en el desarrollo histórico de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente para las mujeres, son:

- La Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que entró en vigor en 1981 y fue ratificada por Ecuador en el mismo año. Esta convención prohíbe todas las formas de discriminación contra la mujer, e incluye la obligación de los Estados de velar por que se modifiquen los patrones culturales que afectan el desarrollo equitativo de mujeres y hombres en las sociedades, haciendo énfasis en la valoración de la maternidad como función social y en la corresponsabilidad masculina en los asuntos de la familia y la procreación.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994. En esta conferencia los Estados firmantes reconocieron por primera vez los derechos reproductivos de las mujeres y aceptaron la capacidad de las mismas para tomar decisiones libres relacionadas con la procreación. Esta fue la primera vez en que la *planificación familiar*² fue abordada como un asunto de derechos humanos y de libertades personales y ya no como un problema de control del crecimiento poblacional.
- La Cumbre Social de Copenhague que se realizó en 1995. En esta reunión los países se comprometieron a “garantizar el acceso universal a los servicios de atención en salud, incluso los relacionados con salud sexual y reproductiva”.
- Más adelante en el mismo año, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing determinó que el derecho a controlar y decidir libre y responsablemente en

² El concepto de planificación familiar fue introducido en esta década en los planes y programas de los Estados firmantes de las convenciones internacionales. Este término está íntimamente relacionado con la concepción de que el sexo y la reproducción se dan solamente en el contexto de la familia legal y religiosamente reconocida: formada por una pareja heterosexual con vínculos de matrimonio y cuyo fin es la reproducción, que se puede “planificar”. Este término no coincide con las demandas feministas y de los movimientos de mujeres cuyo objetivo era y sigue siendo usar los avances tecnológicos para separar la sexualidad de la reproducción y, de esta manera, asegurar para las mujeres la vivencia de sexualidades libres, autónomas y placenteras y de una vida reproductiva basada en elecciones libres de coacción. A pesar de esto, significó un gran avance frente al estado anterior del tema, en el que no se reconocía ninguna posibilidad de intervenir técnicamente para controlar la reproducción, o se atribuía esta capacidad a los Estados y no a las personas ni las parejas. En el Ecuador éste y otros términos con cargas históricas negativas para las mujeres y las/os jóvenes –como el término Salud de la Mujer, que se basa en el supuesto de que todo lo que tiene que ver con la reproducción es un asunto únicamente femenino- siguen siendo usados en el Estado para hablar de Salud Sexual y Reproductiva.

asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción es parte de los derechos humanos de las mujeres.

- La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o “Convención de Belem do Pará”, ratificada en septiembre de 1995 estableció nuevos derechos y mecanismos concretos para abordar la complejidad de las relaciones que dan lugar a la violencia contra las mujeres.

Estos compromisos se han visto reflejados en las reformas legales y constitucionales: la salud de la mujer, los derechos sexuales y los derechos reproductivos han sido introducidos paulatinamente en todos los documentos oficiales del Estado a partir de la firma de estos compromisos. En la reforma constitucional de 1998 el Estado ecuatoriano dispuso los siguientes derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción: a la igualdad ante la ley (prohibición de la discriminación por sexo, género y orientación sexual); a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual; a decidir sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener, adoptar y educar; al libre y eficaz ejercicio de todos los derechos humanos establecidos en la Constitución y en las declaraciones, pactos y convenios internacionales vigentes, que incluye los instrumentos legales antes mencionados. Finalmente, el Estado se comprometió a promover la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres e hijos y en la salud sexual y reproductiva y a respetar los derechos laborales y reproductivos de todas/os sus ciudadanas/os. (Valladares: s/r)

En las reformas legales que vinieron después de la entrada en vigencia de la Constitución de 1998 también se tomó en cuenta estos compromisos del Estado y aparecieron entonces nuevas leyes e instituciones estatales cuyos objetivos eran aplicar los nuevos mandatos constitucionales. La Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley del VIH/SIDA, el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos son algunos ejemplos de este esfuerzo estatal por implementar las normas constitucionales y los acuerdos internacionales que se referían a los derechos humanos de las mujeres.

Si bien en la constitución vigente en el Ecuador, aprobada en 2008, no hubo avances importantes en lo que concierne a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, los avances conseguidos en 1998 se mantuvieron y nuestra constitución establece que:

- “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico” (Art. 1)
- “Son deberes primordiales del Estado: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes” y “Garantizar la ética laica como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico” (Art. 3)
- “Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.” Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad

de género, identidad cultural, estado civil, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH y la ley sancionará toda forma de discriminación.

- “El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad”. (Art. 11)
- Está prohibida toda forma de publicidad discriminatoria, violenta y que vaya en contra de los derechos establecidos en la constitución. (Art. 19)
- La educación será holística, basada en los derechos humanos y promoverá la equidad de género, será universal, laica y gratuita y el Estado se asegurará de que todas las unidades educativas impartan educación sexual basada en el enfoque de derechos. (Art. 27, 28 y 347)
- El Estado garantizará el derecho a la salud y esto implica la atención y promoción integral e incluye la salud sexual y reproductiva, se asegurarán acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizarán la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (Art. 32 y 363)
- El Estado garantizará y hará efectivo el derecho a la seguridad social universal y obligatoria, ésta no podrá privatizarse e incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado dentro del hogar (Art. 34, 367 y 369)
- El Estado garantizará la atención integral y la no discriminación a las mujeres embarazadas, especialmente cuando se encuentran en situaciones de violencia, desplazamiento o privación de la libertad (Art. 42 , 43 y 51)
- El Estado reconoce y garantiza a las personas varios derechos relacionados con la libertad, incluida la integridad física, síquica, moral y sexual, y el derecho a una vida libre de violencia, esclavitud y explotación sexual. Prohíbe la tortura y las penas y tratos crueles y degradantes. Establece además el derecho a la igualdad formal, y material; “a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras” y a “tomar decisiones libres, responsables e Informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener”. (Art. 66)
- Se reconoce a la familia en sus diversos tipos y se promueve la maternidad y paternidad responsables y la corresponsabilidad. El Estado promoverá la equidad de género dentro de la familia y la pareja. (Art. 67, 69 , 70 y 384)
- Se establecerán procedimientos especiales para el tratamiento de los crímenes y delitos relacionados con la violencia intrafamiliar y sexual. (Art. 81)
- El sistema económico será social y solidario y se reconocerá al ser humano como sujeto y fin; se garantizará la igualdad en el acceso de las mujeres al empleo, la formación y la remuneración.

Se prohíben la discriminación y violencia contra las mujeres en el trabajo y se garantizará el respeto a los derechos reproductivos en el ámbito laboral (Art. 283, 331 y 332)

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que está vigente en nuestro país, garantiza en su Artículo 2 el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, dentro de los programas de salud sexual y salud reproductiva. Los recursos para la Unidad Ejecutora de esta ley todavía están garantizados en el presupuesto estatal. Mientras que la Ley del Sistema Nacional de Salud también garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en general y a Anticoncepción de Emergencia en particular, especialmente en casos de violación.

A nivel de políticas públicas, existe desde 2007 una Política Pública en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y un Plan de Acción para la implementación de esta política. El objetivo de estos documentos es funcionar como la guía para el desarrollo de acciones estatales y de la sociedad civil con el fin de conseguir los objetivos planteados en acuerdos y pactos internacionales y en las leyes nacionales. Es decir, para que la sexualidad se viva en equidad entre los géneros y que se busquen todos los avances necesarios (tanto en términos de salud como de acceso a otros recursos) para que ésta sea ejercida libre y autónomamente por todas las personas.

Esta política parte del reconocimiento de la estrecha relación entre salud y derechos cuando dice que “La salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos y los demás derechos humanos y por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables.” Es una política integral en la medida en que toma en cuenta diversos actores de la sociedad –tales como los medios de comunicación, el sistema educativo, la sociedad civil organizada y las familias- y plantea promover y planear su involucramiento en las acciones a favor de la salud sexual y reproductiva. También plantea distintos tipos de objetivos, tales como la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, hacer que el enfoque de derechos humanos esté presente en todas las acciones estatales y la garantía del acceso a los recursos materiales y simbólicos³ que se necesitan para ejercer estos derechos.

Además, plantea la necesidad de involucrar a los hombres en las acciones en torno a la sexualidad y reproducción y reconoce que el aborto inseguro, clandestino y sin asistencia médica debe ser abordado como un problema de salud pública y de justicia social que afecta al desarrollo de las mujeres.

Finalmente en el documento de la Política Pública de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos se reconoce que “El Ecuador, durante la última década ha realizado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, los mismos que constan en diferentes cuerpos legales como: la

³ Los recursos simbólicos son recursos no materiales que forman parte del *capital* de una persona, es decir, de la totalidad de recursos que una persona tiene a su disposición para conseguir los objetivos que se plantea dentro de un medio social determinado. En este caso, algunos recursos simbólicos que pueden permitir o impedir a alguien acceder a servicios de salud como los que nos referimos son: haber accedido a educación sobre la sexualidad o a información sobre este tema, tener contacto con personas que puedan proveer información, tener acceso a fundaciones, ONGs, organizaciones sociales, acceder a medios informativos como el internet, tener la posibilidad de transportarse hasta un lugar donde pueda conseguir la pastilla o los servicios, saber cómo acceder gratuitamente a la pastilla, entre otros.

Constitución, códigos, leyes, etc. y ha ratificado los acuerdos internacionales que se han relacionado con el tema, sin embargo los ajustes que la sociedad en su conjunto debió realizar para poner en práctica lo escrito en los preceptos legales, se han efectuado de una manera dispar y a un ritmo lento”. Por esto se establece como objetivo estratégico de la política: “Disminuir las brechas existentes entre los enunciados de derechos, especialmente sobre salud sexual y salud reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos”.

El Plan de Reducción de la Muerte Materna, la Norma de Atención Integral a Adolescentes y el Plan de Prevención del Embarazo en la Adolescencia son otros documentos estatales que contemplan el acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo la Anticoncepción de Emergencia y que lo hacen desde una perspectiva de derechos.

En conjunto, todos estos mandatos constitucionales, legales y de políticas públicas deberían garantizar el pleno ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, incluyendo el acceso a Anticoncepción de Emergencia. A pesar de que a nivel internacional nuestro país luce como uno de los más avanzados en materias de leyes y políticas públicas relacionadas con la sexualidad y la reproducción en la región y el mundo, estos avances no se sienten en la vida de hombres y mujeres concretas. Por lo tanto, como lo ha aceptado el mismo Estado y como lo ha dicho el movimiento de mujeres y el movimiento juvenil⁴ en innumerables ocasiones, hace falta que se dé el paso necesario para que lo que está escrito en el papel llegue a generar cambios reales en las vidas cotidianas de las mujeres y los hombres en nuestro país.

⁴ Históricamente ha sido el movimiento de mujeres y sus organizaciones y activistas quienes han estado luchando por los cambios legales, constitucionales y de políticas públicas y por la implementación de todos estos escritos en las acciones estatales. Recientemente, el movimiento juvenil también se ha involucrado en las acciones de cabildeo, participación y presión social en torno a estos temas. Los cambios y avances que se han logrado en el Ecuador son el producto de estas luchas de décadas.

La realidad en cifras: datos estadísticos sobre la sexualidad de mujeres y hombres en el Ecuador

Se estima que para 2007 la población del Ecuador ascendía a 13.755.680 habitantes. Y en 2004 la población que vivía en áreas rurales representaba aproximadamente el 40% del total (CEPAR: 2004. Citada por Egüez: 2005). El Ecuador tiene además una composición étnicamente diversa y si bien los datos al respecto difieren, según el censo del 2001, el 6.6% de la población ecuatoriana habla una lengua nativa o se autodefine como indígena, el 5% se autodefine como afroecuatoriano/a, el 2.3% como negra/o y el 2.7% como mulata/o. Mientras tanto, de acuerdo a EMEDINHO (Encuesta de medición de indicadores de la niñez en hogares), el 16.4% de los hogares se autodefinen como indígena o hablan o hablaban alguna lengua indígena (Citado por Egüez: 2005).

A nivel nacional, el 38.3% de los hogares son pobres y el 12.8% es indigente⁵. Estas cifras son más bajas en lo urbano (24.9% de hogares pobres y 4.8% de hogares indigentes) que en lo rural (61.5 y 26.9% respectivamente) (INEC: 2006). Las mujeres somos el 50.5% de la población ecuatoriana (INEC: 2003). Al 2007, las mujeres en edad reproductiva (entre 15-49 años) representamos el 25.77% de la población (OPS- UNFPA-UNIFEM: 2007) y la mayor parte de personas pobres son mujeres.

El acceso a la atención en salud en general y a todos los recursos relacionados con indicadores de bienestar de la población (educación, vivienda, alimentación, etc.), está altamente concentrado en las grandes ciudades y en las provincias con mayores recursos en el Ecuador. La concentración de recursos también está relacionada con variables como la edad, el género y la etnia. Las mujeres, las/os indígenas, afroecuatorianas/os y la gente que vive en poblaciones rurales tiene menor acceso a todos los recursos que se supone que se necesitan para tener una calidad de vida digna (Egüez: 2005).

Mientras que la participación femenina en el mercado laboral ha aumentado en los últimos años, debido al mayor acceso a la educación de las mujeres, a las nuevas expectativas y proyectos de vida y a las crisis económicas; la flexibilización y la precariedad del trabajo también han aumentado. Las mujeres participamos más en el mercado laboral justo cuando las condiciones para el trabajo fuera del hogar empeoran. Las mujeres tenemos tasas más altas de trabajo en condiciones precarias y remuneraciones más bajas por el mismo trabajo que los hombres.

El 28% de hogares pobres son encabezados por mujeres, el 23% de hogares no pobres son encabezados por mujeres (OPS- UNFPA-UNIFEM: 2007). Las mujeres que encabezan sus hogares son las responsables de casi el 100% de los ingresos con que estos se mantienen. Pero además, existe un problema de “pobreza secundaria” que enfrentan las mujeres en hogares encabezados por hombres. Este problema es el resultado de la inequidad en la distribución de recursos y de tareas dentro de los mismos hogares. La falta de datos acerca del uso del tiempo y de la carga de trabajos no remunerados que tienen las

⁵ Se considera *hogares pobres* a los que no tienen la capacidad de consumo suficiente para comprar los bienes y servicios mínimos para satisfacer las necesidades básicas. Los hogares *indigentes* o en *extrema pobreza* son aquellos cuyo consumo no alcanza a cubrir los requerimientos nutricionales mínimos de sus habitantes.

mujeres dentro de los hogares (tanto si forman parte de una familia con “jefatura femenina” como si viven en pareja o con sus padres y madres) hace que las estadísticas y las mediciones tradicionales de clase social no den cuenta de la real situación económica y laboral de las mujeres (Chant 2003, citada por Aguirre: 2006).

Por tanto, las dificultades para el acceso a atención en salud, incluyendo la atención en programas de salud sexual y reproductiva y dentro de ellos a métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, son un problema de una gran parte de la población ecuatoriana. Sin embargo, estas dificultades son distintas según la clase social, la edad, la etnia y la ubicación geográfica de las mujeres que necesitan anticoncepción y sus parejas.

Las tasas de fecundidad y mortalidad han bajado notablemente en las últimas décadas para toda la población pero sigue habiendo una gran brecha entre las mujeres que viven en el campo y las que viven en la ciudad, así como entre mujeres de distintas clases sociales (INEC, 2005). Sin embargo, la mortalidad de las mujeres sigue estando relacionada con riesgos reproductivos: embarazo, parto y postparto (CEPAR-INEC-UNFPA:2003. Citado por Eguez:2005) y las mujeres de entre 45 y 49 años tienen un promedio 4 hijos/as nacidos vivos a lo largo de su vida a nivel nacional (INEC: 2006).

Según el INEC (2006), el 92.5% de mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo (96.3% en lo urbano y 84.4% en lo rural) pero la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil es solamente del 49.4%. El método más usado es la esterilización femenina (35.7%) seguido por la píldora (18.5%) y el ritmo (15.6%), también se utiliza con frecuencia los Dispositivos Intrauterinos y la inyección (13.9 y 9.9% respectivamente). El preservativo solamente es usado por el 4.3% de mujeres en edad fértil y otros métodos (como la esterilización masculina, los parches y los óvulos) son usados por el 2.1% de la población (INEC: 2006). La Anticoncepción de Emergencia ni siquiera es mencionada como un método anticonceptivo en las estadísticas nacionales.

Pero además existen grandes diferencias en los niveles de uso de anticonceptivos entre las mujeres: las indígenas, las que viven en el campo y las que no acceden a educación formal tienen tasas mucho más bajas de uso de anticonceptivos que las mestizas, urbanas e instruidas.

De cualquier manera, la medición del porcentaje nacional de uso de anticonceptivos incluye métodos tradicionales (que son además los preferidos por las mujeres indígenas, rurales y sin instrucción formal) como el ritmo y el coito interrumpido, que son los menos eficaces para evitar embarazos no deseados/planificados, y que no protegen frente a Infecciones de Transmisión Sexual. Sólo el 59% de mujeres usa métodos modernos (OPS- UNFPA-UNIFEM: 2007). Adicionalmente, la efectividad de los métodos modernos está determinada por cómo se usen, aún con uso perfecto los métodos pueden fallar, pero en un contexto de falta de instrucción formal e información sobre salud y sexualidad, el fracaso en el uso correcto de métodos anticonceptivos modernos ocurre con frecuencia.

Con estos antecedentes, los embarazos no deseados y no planificados son muy comunes entre las mujeres ecuatorianas. A nivel nacional, el 63.6 % de los nacimientos que ocurrieron entre 1999 y 2004 fueron "planeados", el 17.6% "deseado pero no previsto" y el 18.7 % "no deseado". Se puede observar que el porcentaje “no deseado” aumenta con la edad y el orden de nacimiento (INEC: 2005). Esto da

cuenta del poco control que tenemos las mujeres ecuatorianas sobre nuestra capacidad reproductiva, en el sentido de que muchas de nosotras tenemos que resignarnos a ejercer la maternidad, aún en momentos que no nos parecen los más adecuados para hacerlo.

La fecundidad de las adolescentes ha aumentado en las últimas décadas. Para el 2004, ésta se calculaba entre 84 y 100 hijos/as por cada mil mujeres en edad fértil y casi 8 de cada 10 jóvenes y adolescentes que han tenido relaciones sexuales han estado embarazadas alguna vez. Aproximadamente la mitad de adolescentes y jóvenes tienen relaciones sexuales. Una gran proporción de estas mujeres son madres solas y más de la mitad de las mujeres embarazadas antes de los 20 años, no tuvo apoyo de su familia. Un alto porcentaje de mujeres que inician su vida sexual durante la adolescencia no usan métodos anticonceptivos (Egüez: 2005). La falta de acceso a la educación formal y a la información sobre salud y anticoncepción son determinantes para que esto ocurra.

La persistencia de la responsabilidad exclusiva de la mujer sobre la anticoncepción y de visiones machistas que se reflejan en el hecho de que muchas mujeres hablan de la oposición de sus compañeros como razones para haber descontinuado el uso de su método anticonceptivo regular (ENDEMAIN: 1999), son otros de los factores relacionados con la incidencia de embarazos no deseados. Asimismo, la desigualdad de género en las relaciones sexuales y sentimentales y en la capacidad/posibilidad de decidir sobre la sexualidad, el propio cuerpo y la reproducción influye sobre la posibilidad de que tengamos embarazos no deseados o planificados.

También es importante tomar en cuenta el alto porcentaje de mujeres que sufren violencia sexual, lo cual las pone en especial riesgo de embarazos no deseados, si no pueden acceder a Anticoncepción de Emergencia. Según ENDEMAIN 1999, el 7.4% de las adolescentes menores de 15 años declararon haber sufrido una violación en su primera relación sexual. El Área de Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora de Quito estimó que un 7% de los embarazos en adolescentes son producto de violaciones (Varea: 2007).

Según el INEC sólo el 36.9% (39.8% en áreas urbanas y 30.7% en rurales) de las mujeres conoce de la Ley de Maternidad Gratuita. Además, el 45.9% de las mujeres que recibieron atención médica en alguna dependencia del Ministerio de Salud Pública durante su embarazo, pagaron por la consulta, los medicamentos o los insumos y el 54.5% pagó por los mismos rubros en la atención de su último parto en dependencias del MSPE (INEC, 2006).

Aunque no existen datos sobre otros servicios incluidos en la Ley de Maternidad Gratuita, sabemos que en los servicios públicos relacionados con la anticoncepción, las mujeres también encuentran barreras económicas y que la gratuidad de la salud en general está todavía muy lejos de ser una realidad. A esto se suma la cultura hegemónica que se resiste a asumir que las relaciones sexuales también ocurren en contextos que no son los culturalmente aceptados (el matrimonio heterosexual entre personas adultas) y que no siempre tienen como fin la reproducción. El acceso a métodos anticonceptivos y a atención en salud sexual está limitado por múltiples barreras culturales y religiosas que se imponen en la atención en los servicios públicos de salud, especialmente para las y los adolescentes y jóvenes.

La dificultad para acceder a anticonceptivos en general y a anticoncepción de emergencia en particular pone a las mujeres en una situación de alto riesgo de embarazarse sin haberlo deseado. Muchos de los embarazos no deseados terminan en abortos y, dada la situación de ilegalidad del aborto en el Ecuador, casi todos los abortos son inseguros y ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

Si se aplica la fórmula de la Organización Mundial de la Salud para estimar el número de abortos que se producen en el país, podemos decir que 95.000 embarazos terminan en aborto cada año en el Ecuador (Maira, citada por Lafaurie: 2005). Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC sólo registra 200 abortos legales cada año. Es decir que casi todos los abortos que se realizan en el Ecuador se practican en la clandestinidad, la gran mayoría en condiciones inadecuadas.

Los abortos practicados en condiciones de riesgo y clandestinidad constituyen la segunda causa de morbilidad y mortalidad materna en Ecuador (según ENDEMAIN el 18% de las muertes maternas en nuestro país se deben a abortos inseguros).

Todos estos datos dan cuenta de que, a pesar del avance formal que se ha logrado en las últimas décadas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, así como en derechos de mujeres y jóvenes, todavía existe una gran brecha entre la formalidad y lo que ocurre en la realidad de mujeres y hombres concretos en el Ecuador. La población del Ecuador todavía tiene muchas necesidades básicas insatisfechas y muchos derechos humanos que sólo están escritos en el papel. La inequidad dentro de la sociedad ecuatoriana hace que la situación de la mayor parte de gente sea absoluta e indignantemente lejana de lo que se supone que es la situación ideal para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales que todas las personas tenemos.

El contexto político: los tiempos de la revolución ciudadana y la arremetida fundamentalista

En los últimos años ha habido un esfuerzo importante por implementar los mandatos constitucionales y legales y por mejorar el bienestar de la población, aumentando el gasto social y promoviendo el acceso universal a bienes y servicios básicos como la seguridad social, la educación, la salud y la vivienda. Todo esto está encausado a lo que la constitución vigente llama *Sumak Kawsai*, es decir, lograr el “buen vivir” de las y los ecuatorianos. Sin embargo, en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos todavía existe un largo camino por recorrer y no hay claridad con respecto al nivel de compromiso y voluntad política que el gobierno tiene para mejorar esta situación.

A esto se suma el hecho de que en el contexto político ecuatoriano actúan grupos fundamentalistas que se oponen a cualquier avance en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Casi todos estos grupos están ligados a las jerarquías de las Iglesias católicas y evangélicas y a los partidos tradicionales de derecha. Sin embargo, como veremos más adelante, en algunos de los temas más controversiales en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (como la homosexualidad y el aborto) los/as miembros de partidos y organizaciones que se autodenominan de izquierda o progresistas también defienden posiciones ultra-conservadoras y sus actuaciones se encaminan a los mismos objetivos que los/as fundamentalistas promueven.

Los grupos fundamentalistas tienen mucho poder en la toma de decisiones dentro del Estado ecuatoriano y han influido en varios episodios políticos que terminaron en decisiones contrarias al cumplimiento de los mandatos en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las y los ecuatorianos, especialmente de las mujeres. Uno de estos casos fue el informe desfavorable presentado por el Congreso Nacional en el año 2005 frente a la propuesta de la entonces diputada Myriam Garcés para reformar la ley sobre delitos de explotación sexual a menores y ampliar las causales de aborto para todos los casos de violación. Otro episodio importante fue la prohibición de una marca comercial de Anticoncepción de Emergencia, emitida por el Tribunal Constitucional en el año 2006.

En ambas ocasiones, los argumentos para las decisiones políticas que se tomaron estuvieron basados en principios católicos y fueron influidas por poderosos grupos fundamentalistas, pasando por alto el carácter laico del Ecuador y la situación de sus habitantes.

También en 2006, el proyecto de Ley Orgánica de Salud que estaba siendo discutido en el Congreso Nacional tuvo fuerte resistencia por parte de los grupos conservadores, especialmente frente al eje de salud sexual y reproductiva, y estos grupos hicieron contrapropuestas en las que se suprimía la educación en sexualidad en todos los colegios y escuelas y se creaban comisiones eclesiásticas para tomar decisiones estatales frente a los temas de la sexualidad y la reproducción. En 2007, justo antes del cierre del Congreso Nacional para dar paso a la Asamblea Constituyente que reformaría la constitución ecuatoriana, un diputado socialcristiano presentó un proyecto de reforma al Código Penal que penalizaba todo tipo de aborto, incluyendo las dos causales por las que el aborto no es punible en el

Ecuador⁶. Este proyecto contó con el apoyo de todos/as los/as diputados/as de los partidos de derecha y algunos/as de partidos de izquierda que también desconocen los derechos de las mujeres.

Afortunadamente, a pesar del apoyo con el que contaron dentro del Congreso Nacional y de otras instituciones estatales, estas dos propuestas no fueron aceptadas: la Ley Orgánica de Salud se aprobó sin los artículos más progresistas en torno a sexualidad y reproducción pero con algunas garantías importantes en este ámbito, y el Código Penal quedó tal y como estaba porque el Congreso consideró finalmente que la propuesta era inconstitucional (Castello: 2008). Se puede decir que, en cierta medida, estas decisiones fueron un logro del movimiento de mujeres y otros actores sociales que se manifestaron y actuaron organizadamente en contra de estas propuestas que, en caso de haber pasado, hubieran tenido efectos catastróficos en la vida y la salud de las mujeres.

Sin embargo, la misma ambigüedad del 2007 se mantiene en otras discusiones importantes alrededor de los derechos sexuales y reproductivos. Un ejemplo de esto fue el curso de las discusiones y las decisiones que se tomaron durante la Asamblea constituyente de 2008, cuando el tema del aborto y la homosexualidad fueron el centro del debate mediático durante un gran período de la construcción de la nueva Constitución. En este período, el partido de gobierno decidió cerrar la discusión sobre ciertos temas polémicos (incluyendo los dos antes mencionados) y dentro de este mismo partido se podían encontrar representantes de los grupos fundamentalistas autodenominados pro-vida.

El trabajo de cabildeo, presión política y construcción de opinión pública favorable llevado a cabo por los grupos fundamentalistas fue muy importante durante este período e influyó en la limitación de los avances que los movimientos de mujeres, jóvenes y de la diversidad sexual pretendían lograr en torno a sus planteamientos y reivindicaciones.

Si bien es cierto que el gobierno de Alianza País también cuenta con funcionarios/as comprometidas y con una larga trayectoria en los movimientos sociales, también es importante mencionar que el *status quo* que prioriza los temas que pueden entregar más réditos políticos al gobierno y que mantiene las reivindicaciones históricas de las mujeres como temas de segundo orden que siempre pueden ser negociados, no ha cambiado. Tampoco ha cambiado el carácter clerical de un Estado en el que, aunque formalmente se pregona la laicidad, las decisiones políticas se siguen tomando en base a los conteos de feligreses de cada religión y al cálculo del apoyo y oposición que cada decisión puede dar al gobierno, tomando en cuenta los valores religiosos de la población y el gran poder que manejan las jerarquías de las iglesias católicas y evangélicas.

Adicionalmente, los grupos fundamentalistas no han dado su brazo a torcer y sabemos que siguen trabajando en contra de todas las decisiones estatales que intentan garantizar el acceso de las personas, especialmente las mujeres y las/os jóvenes a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Este trabajo tiene una influencia importante en lo que sucede en la realidad frente a los preceptos legales que se han logrado. Muchas de las omisiones estatales en estos temas no se deben al desconocimiento de cuáles son las mejores estrategias y las decisiones necesarias para asegurar el acceso de la población

⁶ Estas dos causales son: cuando la vida o la salud de la mujer corren peligro en caso de que continúe con el embarazo y cuando una mujer “idiota o demente” queda embarazada como producto de una violación.

al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (tales como difundir la posibilidad de acceder gratuitamente a todos los métodos anticonceptivos, prevenir el VIH/SIDA promoviendo el uso del preservativo o empezar a tratar el aborto clandestino como un problema de salud pública) sino al miedo de funcionarios/as y políticos/as a enfrentarse a los escándalos públicos que significarían tomar decisiones que, aunque saben necesarias, no son las más populares dentro de una sociedad profundamente religiosa y conservadora y en el marco de un gobierno en el que altos/as funcionarios/as también se han declarado “pro-vida” en varias ocasiones⁷.

El futuro del contexto político en lo que respecta a los derechos de las mujeres, las y los jóvenes y la diversidad sexual es incierto. El Estado y los partidos políticos que se dicen de izquierda tienen una gran deuda histórica con estos grupos, y un largo camino de traiciones y postergaciones que deberían resarcir demostrando un verdadero compromiso político y consecuencia en las acciones que emprendan desde sus actuales lugares de poder.

Pero además es importante tomar en cuenta que más allá de las posiciones ideológicas y las negociaciones políticas, todos los gobiernos, sean de la tendencia que sean, tienen la obligación de cumplir con los deberes que han asumido frente a sus ciudadanas/os: actuar con una lógica laica y garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos fundamentales de todas las personas. Parte importante de esos derechos son el verdadero acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos, en los que se incluye en el acceso a todos los avances científicos para ejercer control sobre sus capacidades reproductivas, tales como la Anticoncepción de Emergencia.

Mientras que ningún gobierno ha cumplido con este deber, han sido las organizaciones sociales y las ONGs quienes han asumido esta tarea. En la actualidad, gran parte del trabajo de información y difusión sobre salud sexual y reproductiva en temas como la anticoncepción, la homosexualidad, la protección frente a infecciones de transmisión sexual y el aborto, está siendo llevado a cabo por organizaciones e instituciones que no tienen ninguna relación formal con el Estado (en el sentido de recibir fondos

⁷ Rafael Correa, presidente del Ecuador, dijo lo siguiente en su discurso de inauguración de la Asamblea Nacional Constituyente “...jamás he entendido propuestas como “mi cuerpo, mi elección”, cuando es claro que el embrión, feto o bebé que una madre porta ya no es parte de su cuerpo, y nadie tiene derecho a decidir sobre esa nueva vida. Por ello, por mi formación humanista y cristiana, en caso de que la nueva Constitución apruebe la eutanasia prenatal, más allá de lo que ya está estipulado en los códigos actuales, precisamente por cuestión de conciencia sería el primero en votar no en el referéndum aprobatorio”. Mientras que Caroline Chang, Ministra de Salud Pública del Ecuador declaró, en una de las reuniones sobre el Plan de Prevención del Embarazo Adolescente del Ecuador, que pretendía incluir a las familias y a la Iglesia católica en la planificación de acciones para prevenir el embarazo de las adolescentes. Durante la última Asamblea Constituyente, varios/as miembros de Alianza País se pronunciaron y actuaron en contra de cualquier avance constitucional que pudiese garantizar los derechos al aborto legal y seguro y a constituir una familia (que incluye la opción de tener hijos/as) para las personas homosexuales. Otros/as miembros de este y otros partidos “de izquierda”, a pesar de sostener en el discurso que están de acuerdo con estos derechos, no hicieron nada para implementarlos e incluso bloquearon los intentos de grupos feministas y LGBT por abrir diálogos y discusiones en este sentido. De este modo, la defensa del pleno ejercicio de la autonomía de las mujeres y las/os homosexuales es una lucha que no solamente se tiene que librar en contra de los grupos fundamentalistas de derecha, sino dentro de la misma izquierda que históricamente ha sido poco consecuente con estos grupos sociales.

estatales para realizar estas tareas) pero intentan cubrir sus falencias. Son estas mismas organizaciones e instituciones quienes además luchan por la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y por la implementación de cambios en la actuación del Estado con respecto a estos temas.

Esta investigación y el proceso de veeduría y difusión que realizan las organizaciones que cooperan en este trabajo es un ejemplo de lo que se está haciendo desde la sociedad para asegurar que todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos a pesar de las limitaciones y omisiones del Estado. Pero no son los únicos esfuerzos en este sentido y sabemos que en todas las provincias del país existen organizaciones y ONGs cuyo trabajo está dedicado a hacer veeduría frente a las acciones estatales, promover el cambio de ordenanzas y leyes locales y nacionales, proveer información y acceso en temas de salud sexual y reproductiva a las mujeres y jóvenes, entre otras iniciativas.

Demanda de Anticoncepción de Emergencia y procedimientos para conseguirla en el sistema de Salud del país

Como hemos explicado en este documento, la realidad de mujeres y hombres ecuatorianos difiere mucho de lo que está escrito en el papel. Por esta razón, uno de los propósitos de este estudio fue indagar sobre lo que ocurre cuando las mujeres necesitan Anticoncepción de Emergencia y –ellas o sus parejas- deciden salir a buscarla.

Nos preguntamos entonces ¿Cómo se enteran las mujeres de que existe una píldora que pueden usar *después* de haber tenido relaciones sexuales de riesgo⁸ para evitar un embarazo? ¿Cómo hacen para conseguirla? ¿Con qué obstáculos se encuentran a la hora de conseguir esta pastilla? ¿Qué diferencias existen en los diversos lugares del país?

Con estas preguntas, intentamos aplicar encuestas a usuarias de anticoncepción de emergencia en todas las provincias en las que trabajamos. Sin embargo, en algunas fue realmente complicado –e incluso imposible en un tiempo tan limitado- encontrar mujeres que estuvieran dispuestas a admitir que habían usado este método o que quisieran hablar de ello. Creemos que esto se debe a que en algunos contextos la propaganda fundamentalista en contra de la Anticoncepción de Emergencia, que se basaba en el argumento de que ésta es abortiva desconociendo todas las evidencias científicas acerca del método, caló fuerte en las mentes de las mujeres e hizo que no la consideraran como una opción, porque piensan que es abortiva y el aborto está en contra de sus principios, o porque siguen creyendo que es ilegal. Adicionalmente, en algunos lugares la información sobre anticoncepción de emergencia es muy limitada y la mayoría de mujeres no saben que existe un método anticonceptivo con estas características o tienen miedo de aceptar públicamente que han tenido relaciones sexuales.⁹

A pesar de las dificultades, hicimos encuestas a 32 mujeres que habían usado este método, 10 eran de Quito, 8 de Esmeraldas, 8 de Loja y 6 de Guayaquil. Para profundizar en la información encontrada a través de las encuestas, también llevamos a cabo varias entrevistas a profundidad con mujeres y parejas que han usado Anticoncepción de Emergencia e informantes clave que proveen información sobre este método anticonceptivo.

Entre las mujeres encuestadas, el promedio de edad era de 23 años, la menor de las mujeres que contestó la encuesta tenía 19 años y la mayor 36. La mayoría de ellas eran mestizas (27), cuatro eran

⁸ Las relaciones sexuales de riesgo incluyen el coito sin protección anticonceptiva, así como la falla del método anticonceptivo que se usó.

⁹ Esto fue lo que sucedió en las ciudades de Loja, Riobamba y Esmeraldas, en las que tuvimos serios inconvenientes a la hora de encontrar mujeres que quisieran contestar la encuesta, pues todas a las que les preguntábamos decían no haber oído nunca de este método o no haberlo usado. En Loja y Esmeraldas se logró hacer algunas encuestas y entrevistas gracias al apoyo de gente relacionada con el ámbito de la salud que nos contactó directamente con mujeres a las que habían informado sobre el método o entregado las píldoras. En el caso de Riobamba nos fue imposible hacer estas entrevistas en tan corto tiempo.

afroecuatorianas y una era blanca¹⁰. La mayor parte de ellas (15) se habían enterado de la existencia de la Anticoncepción de Emergencia de *boca en boca*, es decir que fueron informadas por amigas/os, parejas, familiares, u otras personas que no son parte del sistema médico ni educativo formal. Seis mujeres se enteraron por medio de organizaciones sociales, fundaciones u otros servicios de salud sin fines de lucro, cinco a través de médicos/as, cuatro en los medios de comunicación y solamente dos habían recibido esta información en clases de educación sexual.

No tuvimos referencia de ningún sistema formal que esté entregando eficazmente la información sobre anticoncepción de emergencia, como el sistema educativo o el sistema de salud. Sino que esta información está siendo transmitida de persona a persona, entre gente que la ha usado o “ha oído algo” sobre este método anticonceptivo. El hecho de que esta información circule siempre fuera de los canales formales por los que se transmite la información que es considerada como socialmente legítima, genera una sensación de clandestinidad entre las personas que la usan. Como veremos más adelante, esta sensación de clandestinidad tiene graves consecuencias para la vida de las personas e incluso muchas veces puede poner en riesgo su salud.

En el sistema privado de salud

La mayoría de mujeres había que entrevistamos accedido al método a través del sistema privado de salud. Entre ellas, 21 mujeres habían comprado las píldoras en una farmacia, pagando entre 6 y 8.50 dólares por dosis. Siete habían comprado las pastillas en un servicio de salud privada sin fines de lucro (CEMOPLAF) o en una ONG, pagando entre 2.50 y 5 dólares por dosis.

Entre las mujeres que consiguieron las pastillas en una farmacia, sólo cuatro dijeron haber tenido que conseguir y presentar una receta médica para comprarlas. Nosotras/os visitamos al menos 3 farmacias en cada una de las provincias en las que trabajamos. En las Provincias de Loja, Pichincha, Esmeraldas y Guayas encontramos 11 farmacias que vendían al menos una marca de Anticoncepción de Emergencia sin receta y sabemos que en casi cualquier barrio de las capitales provinciales se puede encontrar una farmacia que la venda sin receta.

Si bien existe una gran cantidad de farmacias independientes o de cadenas pequeñas que sí venden las pastillas sin un procedimiento engorroso y a los precios establecidos, también sabemos que las cadenas de farmacias más grandes del país piden siempre receta médica¹¹ y que algunas cadenas se resisten a venderlas incluso con receta (Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género: 2009).

De cualquier manera, para acceder a Anticoncepción de Emergencia en una farmacia es necesario estar bien informados/as sobre este método, pues en la mayoría de farmacias no lo conocen y no venden las

¹⁰ Sabemos que la muestra de mujeres que contestó estas preguntas no es representativa del total de mujeres que usan anticoncepción de emergencia en el país. Sin embargo, debido a la escasez de información sobre su uso, creemos que estos datos constituyen información importante para acercarnos a la situación de la demanda de anticoncepción de emergencia en Ecuador.

¹¹ Existen datos de que Fybica y otras grandes cadenas de farmacias se resisten a vender esta pastilla incluso cuando se presenta una receta médica.

pastillas a menos que se pidan por uno de sus nombres comerciales. En unos pocos casos quienes atienden en las farmacias están informados/as acerca del método y están en contra de su uso, por lo que tratan mal a la gente que intenta adquirirlas sin receta. A pesar de esto, en algunos de los lugares en los que maltratan a la gente que las pide sin receta, sí las venden con receta¹². También es importante anotar que el acceso a farmacias provistas de anticoncepción de emergencia se da casi únicamente en las ciudades más grandes del país. Es muy difícil conseguir una farmacia que venda Anticoncepción de Emergencia en las áreas rurales.

También visitamos un consultorio de CEMOPLAF y uno de APROFE, servicios de salud sin fines de lucro que se especializan en salud reproductiva y “planificación familiar”. En el primero vendían la pastilla luego de un proceso de consulta médica y consejería, el trámite no era muy complicado pero sabemos que la atención depende del consultorio y la ciudad a la que se vaya. El precio en estos servicios puede ser una limitante importante para muchas mujeres, pues hay que pagar 4 dólares de la consulta y 6 de la pastilla. En el centro de APROFE que visitamos no tenían la pastilla ni la recetaron a la mujer que fue a pedirla¹³.

En las ONGs y organizaciones sociales las pastillas se venden o se entregan con un trámite mucho menos complicado (generalmente sólo se entrega información o se hace consejería en un ambiente informal y no médico) y a precios más baratos que en las farmacias. Sin embargo, estos servicios tienen la limitación de que muy pocas personas acceden a ellos, por falta de difusión o de recursos para ampliar la atención.

Es importante anotar que varias de las mujeres entrevistadas mencionaron que no habían comprado ellas las pastillas, sino que su pareja u otra persona cercana se las había conseguido, por el momento, esto sólo es posible en las farmacias y las ONGs pues los centros de salud públicos (y la mayoría de los privados) requieren la presencia de la mujer que va a usar las pastillas para entregarlas o recetarlas. Este hecho dificulta la ya escasa participación de los hombres en los asuntos relacionados con el cuidado de la sexualidad y el control de la reproducción.

Así, si bien en general los servicios privados de salud proveen a las mujeres de una atención relativamente buena y rápida, los altos precios de la Anticoncepción de Emergencia en las farmacias y consultorios privados constituyen una importante barrera al acceso para la mayor parte de mujeres del Ecuador, que ni siquiera tienen dinero para cubrir sus necesidades más básicas. Esto pone a las mujeres con menos recursos económicos en un mayor riesgo de enfrentar un embarazo no deseado lo cual fortalece un “círculo de fracaso y pobreza femenina”¹⁴ en el que son las mujeres más empobrecidas las que tienen que enfrentar situaciones que las empobrecerían aún más, tal como procrear sin planificación ni deseos de hacerlo¹⁵.

¹² Registro de visitas a farmacias. Loja, noviembre de 2009 y Quito, septiembre de 2009.

¹³ Registro de visitas a: CEMOPLAF-Riobamba, diciembre de 2009. APROFE- Loja, noviembre de 2009 y CEMOPLAF-Quito, 2007.

¹⁴ Romero, 2001. Citado por Varea, 2007.

¹⁵ Este círculo de fracaso y pobreza es el resultado de un complejo entramado de factores sociales, económicos, culturales y políticos que profundizan las inequidades a través de la desvalorización social y ética, de la precarización económica y cultural progresiva de las mujeres y lo femenino en el sistema patriarcal. La dificultad

En el sistema público de salud

Entre las usuarias con las que conversamos, solamente 3 habían accedido a las píldoras gratuitamente, en un centro de salud pública. Intentamos acercarnos a las razones por la que las mujeres no acceden a la Anticoncepción de Emergencia a través del sistema de salud pública, e hicimos varias visitas a centros de salud simulando necesitar anticoncepción de emergencia. El objetivo era averiguar cómo era la atención y cuáles eran los procedimientos que había que pasar para conseguir este método anticonceptivo.

Visitamos 13 centros de salud públicos en distintas provincias del país¹⁶. Cinco de ellos estaban ubicados en áreas rurales. El resto se encontraban en las capitales provinciales (Riobamba, Quito, Guayaquil y Esmeraldas). Encontramos que en las ciudades se podía conseguir Anticoncepción de Emergencia en casi todos los centros de salud que visitamos, a diferencia de en las áreas rurales donde la pastilla casi nunca estuvo disponible.

Tanto las mujeres entrevistadas como quienes visitaron los centros de salud para esta investigación, reportaron haber tenido que pasar por un largo trámite que incluía:

1. pedir un turno,
2. asistir a una consulta para que abrieran una historia clínica,
3. explicar por qué necesitaban anticoncepción de emergencia,
4. y, si la médica consideraba que la mujer podía usar este método, esperar para que se las entregaran en la farmacia.

Este es el mismo procedimiento que debe seguirse para acceder a cualquier método anticonceptivo en el sistema público de salud, independientemente de cuáles sean sus características específicas (como el hecho, en este caso, de que es un método que tiene un tiempo muy limitado de efectividad) o las posibilidades de que existan efectos secundarios con su uso. En algunos casos específicos, como cuando una persona intenta conseguir anticoncepción de emergencia o preservativos, este procedimiento contribuye a crear limitaciones innecesarias y absurdas al uso de métodos anticonceptivos.

Las dificultades que se establecen en cada caso varían muchísimo dependiendo de la actitud del personal de cada centro de salud. Muchas/os proveedoras/as de servicios de salud establecen barreras que no están en las normas ni los protocolos de atención porque tienen miedo de enfrentar problemas y discusiones públicas por entregar anticoncepción de emergencia y preservativos, que son vistos por algunos actores sociales como métodos que “promueven la promiscuidad”. Algunos proveedores de salud dicen, por ejemplo, que temen que el cura de su comunidad los/as juzgue por entregar –

para conseguir anticoncepción de emergencia es sólo un ejemplo de las distintas limitaciones que estructural y sistemáticamente se imponen a las mujeres para ejercer control sobre su reproducción. Esto tiene estrecha relación sobre la falta de control en el cumplimiento de las metas y objetivos que se plantean para sus vidas.

¹⁶ Ver detalles en Anexo 1.

especialmente a adolescentes- métodos anticonceptivos que no han sido aprobados por la iglesia católica¹⁷.

La falta de comprensión de que este es un servicio *de emergencia*, en el sentido de que las mujeres tienen un tiempo limitado para usar las pastillas y que estas sean efectivas, hace que el trámite se complique aún más. En varias de las visitas que realizamos recibimos respuestas como *“tiene que coger un turno y para eso tiene que madrugar mañana, como a las 5 o 6 de la mañana”*. Y una vez que se tiene el turno el trámite puede durar hasta 6 horas¹⁸.

Además, muchas veces el personal del centro no está capacitado para atender a las personas en esta (y otras) situación(es) y maltratan a las pacientes, las tratan como a mujeres irresponsables o sospechan de ellas por conocer el método; en otros casos simplemente les hacen preguntas innecesarias que tienden a aumentar el sentimiento de culpa¹⁹.

Pero también hay limitaciones causadas por los procedimientos establecidos en estos servicios. En el caso de Esmeraldas, la investigación fue llevada a cabo por un hombre y él se encontró con que no podían atenderlo ni entregarle las pastillas a menos que fuera con su pareja, pues es la mujer que va a usar las pastillas quien tiene que abrir una historia clínica para acceder a ellas. En esta misma provincia, en todos los centros médicos le dijeron que tenía que vivir en el área del centro o subcentro al que estaba asistiendo.

Otro tema de procedimiento es el hecho de que en la mayor parte de centros de salud existe una sola persona encargada de recetar anticonceptivos o hacer consultas en este tema –que generalmente es la obstetrix- y en caso de que esta persona no esté, nadie más puede hacer el procedimiento, por lo que se establecen tiempos de espera absurdos para un caso de emergencia como este. En dos subcentros de salud visitados en Quito nos contestaron que *“la obstetrix no está y nadie más puede atenderla. Ella vuelve en 3 semanas”*. En uno de los centros de salud de Loja ocurrió lo mismo.

En la mayor parte de centros de salud de áreas rurales (Vuelta Larga, Catamayo, Nanegalito y Salitre. Todos a excepción de Guano) el procedimiento era el mismo pero no entregaban las pastillas porque no las tenían. Esto implica una limitación muy grave porque, como hemos mencionado antes, el acceso a servicios de salud privada es muy complicado en las áreas rurales, tanto por razones económicas como por la lejanía de servicios de salud especializados y de farmacias bien dotadas. Cabe anotar que a excepción de los centros de salud de Salitre y Nanegalito en todos entregaron a las mujeres una receta médica para que pudieran comprar las pastillas en una farmacia y les dieron instrucciones sobre cómo tomarlas.

Desde nuestro punto de vista, el hecho de que en algunos pocos casos el personal hace lo posible para facilitar el trámite, entregando la receta en emergencias, recomendando otro centro de salud donde

¹⁷ Registro de conversaciones informales con Paula Castello Starkoff sobre el estudio de "Percepciones del Personal de Salud en cuanto al uso y acceso de anticonceptivos en adolescentes" Ministerio de Salud-UNFPA (enero 2010, mimeo)

¹⁸ Registros de visitas a centros médicos en Loja y Esmeraldas.

¹⁹ Registros de entrevistas y visitas a centros médicos en Loja, Esmeraldas y Nanegalito.

puedan conseguirlas o incluso farmacias en las que la venden sin receta²⁰, es positivo y da cuenta de la preocupación del personal por facilitar el acceso al método. Sin embargo, como dijimos antes, esto no asegura el acceso a todas las mujeres, y menos a las que no tienen el dinero suficiente para comprar una pastilla tan cara o los medios para viajar hasta un lugar donde puedan encontrarla, violando el derecho a la gratuidad de los servicios de salud que todos/as los/as ecuatorianos/as tenemos.

Mientras que la necesidad de acceder Anticoncepción de Emergencia es muy alta en nuestro contexto, existen múltiples y diversas barreras que se imponen cuando una persona necesita acceder a este método anticonceptivo. La barrera económica es una de las más importantes, pues la mayor parte de la población no tiene recursos suficientes para acceder al método, pero también es importantísimo el tema de la difusión: mientras que las personas no conozcan la existencia de la Anticoncepción de Emergencia y no sepan que es su derecho adquirirlas gratuitamente en todos los servicios de salud estatales o comprarlas en una farmacia en caso de que decidan hacerlo así, este método no funcionará eficazmente para bajar la alta tasa de embarazos no deseados o planificados y, con esto, la alta incidencia de abortos inseguros y clandestinos y de muertes maternas, objetivos a los que el Estado se ha comprometido en múltiples ocasiones.

²⁰ Registro de visitas a Centros y Subcentros de Salud en Quito, Guano, Vuelta Larga y Catamayo.

Las omisiones del Estado y el trabajo de la sociedad: privatización de los servicios de salud reproductiva

En la actualidad dentro del Ministerio de Salud Pública existen un sinnúmero de propuestas de normas y estrategias para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva para la población en general y para grupos con necesidades específicas como jóvenes y adolescentes. Muchos de estos proyectos forman parte de programas regionales y reciben apoyo de la cooperación internacional, especialmente del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA.

Una de estas iniciativas, quizás la más importante para nuestro tema de estudio, es la propuesta de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos- DAIA que pretende asegurar que todas las personas tengan acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos. Bajo los lineamientos de esta propuesta, la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita hizo una compra consolidada de insumos anticonceptivos en el año 2008 que permitió ahorrar grandes cantidades de dinero al Estado y aumentar la provisión de insumos anticonceptivos en el país.²¹ Sin embargo, los trámites burocráticos necesarios para ponerlos a disposición de las personas todavía no se completan: estos anticonceptivos se distribuyeron a todas las Áreas de Salud del país entre abril y mayo del 2009, pero no han llegado todavía a todos los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales.

En los servicios a los que sí han llegado, la distribución todavía depende, como habíamos mencionado antes, de la información y las percepciones personales de los/as servidores/as de salud. La Anticoncepción de Emergencia es un método poco conocido entre el personal de salud, muchos/as siguen creyendo que es abortivo, que promueve la promiscuidad y la irresponsabilidad y que no se debería entregar libremente. Muchos/as proveedores de servicios no saben que cuentan con estos insumos o cómo se usan algunos de los métodos anticonceptivos con los que cuentan, especialmente la anticoncepción de emergencia²², por lo que se entrega en muy pocas ocasiones.

Además, la casi nula difusión de los servicios de salud reproductiva que sí existen, que como habíamos dicho antes tiene relación con el miedo de los/as funcionarios/as y autoridades a enfrentar problemas políticos si los difunden, hace que muy pocas mujeres consideren como una opción ir a un servicio estatal para informarse o acceder a métodos anticonceptivos en general y a Anticoncepción de Emergencia en particular. Esto ocurre especialmente con las mujeres más jóvenes y las que no han sido madres, pues el único momento en que las mujeres pueden enterarse de que estos servicios existen es cuando asisten a controles del embarazo o parto en el sistema de salud pública (Varea: 2007).

Este es otro de los grandes problemas que los/as proveedores de servicios de salud mencionan cuando hablan de Anticoncepción de Emergencia: no entregan este método porque nadie se acerca a pedirlo.

²¹ Entrevista con el Dr. Pablo Zambrano, Director de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

²² Registro de conversaciones informales con Paula Castello Starkoff sobre el estudio de "Percepciones del Personal de Salud en cuanto al uso y acceso de anticonceptivos en adolescentes" Ministerio de Salud-UNFPA (enero 2010, mimeo)

Tienen muy poca provisión del método, en el mejor de los casos, pero ni siquiera entregan lo poco que tienen. Incluso sabemos que algunas de las provisiones de anticonceptivos han caducado en distintas bodegas del Ministerio de Salud Pública sin que estos hayan sido puestos a disposición de las/os ecuatorianos. Esta es una omisión inaceptable, pues no solo impide a las personas ejercer sus derechos sino que además implica un desperdicio de dinero irracional en un Estado que cuenta con recursos muy limitados para entregar servicios de salud.

Pero además, esta suma de omisiones del Estado implica una privatización *de facto* de la salud en el país, pues mientras el Estado no garantice la difusión y el verdadero acceso universal y gratuito a servicios de salud, las personas seguiremos teniendo que asistir a servicios privados, depender del dinero con el que contemos y enriquecer a las farmacéuticas en el proceso de ejercer nuestros derechos. Aunque no pudimos acceder a información de ninguna farmacéutica acerca de cuántas dosis de anticoncepción de emergencia venden en el país, sabemos que éste puede ser un negocio redondo en países donde la provisión del método no se asegura en el sistema público de salud²³.

Pero el Estado no solamente omite algunos de sus deberes sino que se niega sistemáticamente a difundir sus servicios y entregar información a las mujeres. Como un rezago de una larga época neoliberal en el que los servicios sociales estaban en manos de iniciativas privadas, el Estado sigue esperando que sean las fundaciones, las ONGs y los movimientos sociales quienes informen a las personas sobre sus derechos y las distintas opciones anticonceptivas que existen, el Estado sigue asumiendo que “ésta no es su labor” y que las iniciativas de difusión de anticonceptivos, especialmente de anticoncepción de emergencia, son una tarea de las organizaciones de mujeres.

Es importante anotar que así como los criterios, las percepciones y la información que cada persona tenga intervienen en los servicios directos a las mujeres en las dependencias del Ministerio de Salud Pública, lo mismo ocurre en niveles administrativos más altos. Los y las directoras provinciales de salud y otros/as funcionarios/as encargados de manejar los Procesos de Normatización se niegan a hablar y dar información acerca de este tema y en muchos casos dijeron que ni siquiera sabían si los centros de salud a su cargo contaban con anticoncepción de emergencia o la estaban entregando a las/os pacientes. Casi todos/as los/as funcionarios/as consideran que la información sobre este método debería ser confidencial.

En todas las provincias en las que trabajamos intentamos conseguir información acerca de la disponibilidad de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia en los centros de salud que manejaban, la cantidad de dosis que han entregado, los procedimientos que usan para distribuirla a los servicios de salud y protocolos para entregarla a las personas que la necesitan, y sus planes de acciones futuras con respecto a este tema. Para esto, intentamos conseguir entrevistas con los/as directores provinciales de salud o con los/as funcionarios/as que estuvieran encargados/as del tema o manejaran esta información.

²³ Un ejemplo de esto es el caso de España, en donde las ventas en las farmacias han aumentado a más del doble (de 1.1 a 2.3 millones de euros) en los primeros tres meses después de la autorización de venta sin receta médica en el sistema privado, mientras que en los servicios públicos se siguen manteniendo procedimientos parecidos a los del Ecuador (La Razón, 13 de febrero de 2010).

En el caso de Esmeraldas, el director provincial no estaba y el director encargado se negó a entregar la información o a autorizar a alguien a que la entregara por tratarse de *“un tema complicado”*, y la responsable de Suministros y Medicamentos dijo que no entregaban ese método porque no tenían disponibilidad, pero además porque *“no es un método regular y sólo se entrega a personas que han sido violadas”*, a pesar de que en varios centros de salud de la provincia sí tienen las píldoras y las están entregando.

En Chimborazo nos dijeron que el director provincial no tenía esa información, pero que en el Proceso de Normatización sí la tenían. En este lugar nos dijeron que la entrega de Anticoncepción de Emergencia es un proceso nuevo en su dirección pues sólo cuentan con disponibilidad desde hace unos pocos meses. Sin embargo, están tomándola en cuenta en la planificación estratégica del próximo año y están implementando los procedimientos de entrega establecidos en las normativas y programas nacionales. También mencionaron que estaban difundiendo esta y otras alternativas anticonceptivas como parte de la difusión de los servicios diferenciados a adolescentes que se están implementando a partir de este año. Este también es un proceso nuevo en la dirección y no se está haciendo difusión para mujeres adultas.

En Loja todos/as los/as funcionarios/as a los que nos acercamos dijeron que no contaban con la información que buscábamos. Mientras que en el nivel central del Estado los funcionarios están más informados acerca de lo que está ocurriendo con los anticonceptivos en general, pero no cuentan con información particular acerca de cómo se está entregando, cuántas dosis, qué procedimiento se está siguiendo en cada provincia para la entrega de anticoncepción de emergencia en particular.

Evidentemente, el Estado no está haciendo una labor eficaz para asegurarse que todos los servicios cuenten con la información y los insumos necesarios para proveer servicios de salud sexual y reproductiva, a pesar de que esto está previsto en varias leyes y normas y existe un presupuesto destinado para ello, pues no solo basta con hacer una compra de insumos que sea suficiente para atender las necesidades de la población, sino que es necesario que se habiliten los mecanismos para monitorear, evaluar, capacitar y sensibilizar a todo el sistema de salud para asegurarse de que los insumos lleguen a donde deben llegar: las manos de las mujeres que los necesitan.

Mientras tanto, quienes sí tienen claro que el objetivo primordial, cuando de anticoncepción de emergencia se trata, es que los insumos lleguen a las manos de las mujeres de manera oportuna, con el fin de evitar embarazos no deseados, son las organizaciones sociales, fundaciones y ONGs, que están supliendo al Estado en este trabajo y que se encargan de difundir y entregar este método a las personas. Hacen esto con mecanismos diversos.

Tenemos registros de varias campañas de difusión e información y de estrategias de entrega que utilizan este tipo de instituciones para asegurarse de que las personas accedan a este método, con la menor cantidad de barreras posible y a precios asequibles.

Muchas de estas instituciones publican y difunden la información de cómo acceder a anticoncepción de emergencia aún cuando no la vendan, otras la venden a precios de costo, varias venden o informan sobre el método Yuspe para abaratar los costos. Y, a pesar de que su presupuesto y su capacidad de

difusión son mucho menores a las del Estado, sabemos que varias de ellas proveen a más mujeres de anticoncepción de emergencia que los centros de salud estatales.

Por ejemplo, la Fundación Desafío vende aproximadamente 10 dosis al mes, mientras que la Coordinadora Juvenil vende aproximadamente 20 dosis mensuales. Las dos organizaciones entregan el método anticonceptivo a hombres y mujeres, especialmente adolescentes y jóvenes, que llegan hasta sus oficinas para solicitarlo. La mayoría de ellas/os conoce el servicio por algún/a amigo/a. El procedimiento es simple: se explica cómo se debe tomar las pastillas, qué efectos secundarios puede tener y que no es un método regular. La decisión de qué hacer con esa información queda en manos de cada persona, pero se asegura que puedan acceder al método oportunamente y sin barreras innecesarias.

El hecho de que el servicio sea oportuno implica para estas instituciones tener la información disponible incluso fuera de los horarios de trabajo, a través de páginas web y líneas telefónicas a las que la gente puede llamar cuando lo necesite. En estos servicios no se entregan las pastillas pero se explica dónde comprarlas y cómo tomarlas.

Mientras que el Estado no se está haciendo cargo de su labor de poner a disposición de las mujeres todos los métodos anticonceptivos, estos servicios están siendo provistos por una amplia gama de iniciativas privadas que van desde las organizaciones sociales hasta las farmacéuticas. En un país cuya constitución asegura el acceso universal y gratuito a servicios de salud y cuyo gobierno dice estar empeñado en garantizar el ejercicio de los derechos de sus ciudadanos/as, las múltiples omisiones estatales en materia de salud sexual y reproductiva son inaceptables.

Jóvenes, adolescentes y mujeres que han sido violadas: casos especiales para la entrega de Anticoncepción de Emergencia.

Algunas situaciones específicas ponen a las mujeres en mayor necesidad de acceder a métodos de anticoncepción de emergencia por lo cual es de vital importancia establecer mecanismos que cubran sus necesidades diferenciadas atendiendo a la situación especial en la que se encuentran.

Un ejemplo de esto es el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes, que debido a su corta edad y a la escasa experiencia en asuntos de reproducción y sexualidad, tienen menos control sobre sus cuerpos, más miedos y prejuicios a la hora de acceder a métodos anticonceptivos regulares y tienden a planificar y prever sus relaciones sexuales y la manera de protegerse frente a un embarazo en menor medida que las mujeres adultas. Estas mujeres necesitan acceder a Anticoncepción de Emergencia de manera rápida y eficaz, pero también en un ambiente amigable que las provea de otra información sobre sexualidad que pueden necesitar en ese momento.

Como es evidente las mujeres que han tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad no tienen ninguna posibilidad de planificar o protegerse, por lo que necesitan especialmente acceder a anticoncepción de emergencia para evitar embarazarse.

Anticoncepción de emergencia para adolescentes y jóvenes

La atención a adolescentes y jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva siempre ha sido un tema especialmente conflictivo. Nuestra sociedad, adultocéntrica como es, sigue pensando que las y los jóvenes y adolescentes son seres asexuados, carentes de capacidad para tomar decisiones acertadas y responsables con respecto a sus propias vidas. Por estas razones, la información en general, pero especialmente la información acerca de sexualidad, ha sido siempre limitada por valores culturales y religiosos que impiden a la gente de este grupo de edad, pero especialmente a las mujeres, tomar decisiones sobre sus propias vidas.

Todavía se cree que la información sobre sexualidad “despertará la curiosidad” en las personas más jóvenes, lo que las/os impulsará a empezar su vida sexual más temprano y promoverá la irresponsabilidad y la promiscuidad. Este prejuicio desconoce el hecho de que la curiosidad sobre sexualidad es un elemento común a todas las personas, durante todas etapas de la vida y que encontrar los mecanismos para satisfacer esa curiosidad y conocer el propio cuerpo y el de otros/as es una experiencia sana que permite a las personas tomar control sobre sus propios cuerpos.

Adicionalmente, nuestra sociedad impone normas distintas a hombres y mujeres. Mientras que las actividades sexuales de los hombres más jóvenes son vistas como una prueba de su virilidad y muchas veces los adolescentes son presionados para involucrarse en actividades sexuales, la sexualidad de las mujeres adolescentes y jóvenes es especialmente reprimida pues las relaciones sexuales antes del matrimonio son vistas como una falta de honor y un riesgo para las mujeres. De esta manera, la

información sobre sexualidad –y anticoncepción- está especialmente limitada para las adolescentes y las jóvenes.

Como resultado de estas concepciones culturales, el acceso a educación sexual de calidad, oportuna y libre de prejuicios es un privilegio de muy pocos/as estudiantes de colegios ecuatorianos y no existen iniciativas estatales que se aseguren de que todos los programas y contenidos de educación en sexualidad sean los mismos y cumplan con los requisitos básicos para facilitar a las y los jóvenes la toma de decisiones autónomas, responsables y placenteras sobre sus propias vidas. En el mejor de los casos, las y los estudiantes pueden aspirar a recibir información sobre la parte biológica de la sexualidad y sobre los “valores morales” que deberían convencerlos/as de no tener relaciones sexuales durante la adolescencia. Muy pocos programas se basan en una concepción de derechos y son menos aún los que toman en cuenta el placer y no lo descartan o desvaloran cuando hablan de relaciones sexuales²⁴ y adolescentes o jóvenes.

Con todas estas limitaciones, muy pocas clases de educación sexual incluyen la Anticoncepción de Emergencia como un método anticonceptivo y una opción legítima a la hora de evitar un embarazo no deseado. La mayor parte de adolescentes y jóvenes no conoce sobre la existencia de este método y quienes lo conocen se han informado a través de sus amigos/as u otras personas conocidas que actúan fuera del sistema de educación formal.

Las familias tampoco son una fuente de información confiable y oportuna para las y los jóvenes y la mayoría de ellos/as prefiere no hablar con sus padres o madres acerca de estos temas o sabe que ellos/as no estarían dispuestos/os a contestar sus preguntas sin oponerse e intentar impedir que tengan relaciones sexuales. La sexualidad sigue siendo un tema tabú para adolescentes y jóvenes dentro de las familias y la mayoría de información que las y los jóvenes reciben sobre sexualidad no funciona para que ellos/as puedan actuar eficazmente en prevenir embarazos no deseados.

El Estado y sus trabajadores/as no escapan de esta lógica cultural que se impone en todas las instituciones sociales. Por esta razón muchas veces la atención en estos temas es más limitada y de peor calidad que la que reciben las mujeres y hombres adultos. El personal de salud suele imponer barreras a la atención a jóvenes y adolescentes, aún cuando estas no están contempladas formalmente en ningún procedimiento estatal: En muchas ocasiones, a los/as adolescentes se les pide acercarse al centro médico con sus madres o padres o se les impide tener una consulta privada. En otros casos no se guarda la debida confidencialidad y esto hace que los/as adolescentes no se acerquen a los servicios de salud (incluso a los privados) por miedo a que su familia o su comunidad se enteren de su vida sexual y sus necesidades en torno al tema, por lo que tendrían que afrontar castigos y reclamos²⁵.

Por otro lado, generalmente en los servicios de salud tampoco se toman en cuenta las necesidades específicas de las y los adolescentes y jóvenes, como el hecho de que no cuentan con recursos

²⁴ Registro de conversaciones informales con adolescentes y jóvenes con los que hemos trabajado desde la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, enero 2010.

²⁵ Registro de conversaciones informales, grupos de discusión y talleres de la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género con adolescentes y jóvenes de todo el país. Quito, 2008-2009.

económicos propios para pagar por servicios privados y que tienen menores conocimientos de otros recursos que pueden usar (como los servicios estatales, las fundaciones, organizaciones y ONGs). El requisito de receta médica o de ir a una consulta y abrir una historia clínica con sus datos personales implica un problema mayor para las personas de este grupo de edad que para las mayores, justificado por miedos y prejuicios propios, pero también por la represión del sistema educativo y las familias.

Los horarios y protocolos de los centros médicos (como el de solicitar un turno antes de que empiece la atención, muy temprano en la mañana o incluso en la madrugada) no calzan con los horarios de las actividades que generalmente tienen las y los adolescentes: asistir al colegio o trabajar durante el día y/o la tarde.

Adicionalmente, el hecho de que los servicios públicos de salud no entreguen anticoncepción de emergencia a los hombres que se acercan a requerirla es una limitante extra para las y los jóvenes. Debido a los valores culturales y el miedo a la represión, pero también a nuevas lógicas en las relaciones de género en las que los hombres se involucran más en el cuidado de la reproducción (al menos antes del matrimonio, cuando ellos también saben que no quieren un embarazo) en muchas parejas jóvenes son los hombres los encargados de conseguir anticonceptivos, especialmente preservativos y Anticoncepción de Emergencia.

Los servicios de salud se niegan a entregar este y todos los métodos anticonceptivos a los hombres (a excepción de los preservativos, que aunque son un método masculino sí pueden ser requeridos por una mujer) debido a que los protocolos de atención así lo establecen. Estos protocolos no solo impiden el acceso a anticoncepción para la gente más joven, sino que son discriminatorios y reproducen y refuerzan el orden patriarcal que hace que las mujeres estén enteramente a cargo del control de la reproducción.

Sin embargo, en los últimos años la participación política y organización autónoma de adolescentes y jóvenes para actuar en estos campos y reivindicar sus derechos ha aumentado notablemente, así como el compromiso estatal y de la sociedad civil con estos grupos de edad, debido también a una nueva tendencia del financiamiento internacional. Todo esto ha hecho posible que existan grandes cambios normativos en cuanto a la atención a jóvenes y adolescentes. Luego de la expedición de la nueva Norma de Atención Integral a Adolescentes, el Ministerio de Salud junto con otros actores clave en la temática de la atención a adolescentes y la prevención del embarazo en esta etapa, han emprendido un plan de implementación que incluye la capacitación y sensibilización a médicos/as, enfermeras y obstetras para la atención diferenciada a adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva. Estas capacitaciones incluyen además el tema específico de la entrega de Anticoncepción de Emergencia para adolescentes.

La implementación de estos nuevos servicios para este grupo de edad, en los que ya no se pide autorización de padres y madres y en los que en general se intenta retirar todas las barreras para el acceso de adolescentes a servicios de salud sexual está siendo implementado desde finales de 2009. Al ser este un nuevo servicio del Ministerio de Salud, el número de personal de salud capacitado todavía es

muy pequeño²⁶, sus resultados todavía no se pueden observar en todas las provincias y menos aún en todos los cantones del país. Sin embargo, de lo que pudimos observar y escuchar durante este estudio, la capacitación que se está entregando al personal de salud para la implementación de este plan tiende a cambiar la actitud y las percepciones y a promover una mejor atención no solamente para adolescentes.

Existen además planificaciones para implementar nuevos programas, protocolos y normativas que mejoren la atención a adolescentes y mujeres en temas de salud sexual y reproductiva –según los mandatos constitucionales y legales vigentes en el país- en un futuro cercano. Sin embargo, la ejecución de estos cambios depende en gran medida de los recursos económicos, la voluntad política de las autoridades y lo que “puedan lograr” los/as funcionarios/as comprometidos con estos cambios.

De cualquier manera, es importante anotar que sólo se considera adolescentes a las personas que tienen entre 10 y 19²⁷ años de edad y que el resto, incluyendo a las y los jóvenes que tienen más de 19 años no pueden ser atendidos en estas áreas especializadas. Esto implica que en caso de que lleguen a implementarse los nuevos programas y normativas, la buena atención y el acceso relativamente fácil a métodos anticonceptivos terminará siendo un privilegio de las y los más jóvenes y que el resto de mujeres –y los pocos hombres que participan en estos temas- tendrán que seguir pasando por procesos engorrosos, malos tratos, escasez de insumos e información, entre otras barreras a la hora de acceder anticoncepción e información.

Anticoncepción de emergencia para mujeres que han sido violadas

La Anticoncepción de Emergencia es especialmente importante para las mujeres que han sufrido violencia sexual, pues además de ser un derecho reproductivo de todas las mujeres, es un método de reparación de los daños y previene ser revictimizada en el caso específico de haber enfrentado una violación.

La entrega e información sobre Anticoncepción de Emergencia es parte del protocolo legal en la atención gineco-obstétrica posterior a una violación (Ministerio de Salud Pública: 2009), gracias a una larga lucha e incidencia del movimiento de mujeres y ONGs en la atención estatal a la violencia intrafamiliar y sexual.

Entrevistamos a fiscales de delitos sexuales y médicos/as legistas para averiguar si estaban entregando anticoncepción de emergencia en estas situaciones y cuáles son los procedimientos y criterios con los que lo hacen. Tal como sucede en los centros de salud, la entrega en estos casos varía según las percepciones y voluntades del personal que atiende a las mujeres, además de que no todos los puntos de atención tienen provisiones de anticoncepción de emergencia.

²⁶ 180 médicos/as fueron capacitados/as entre agosto y diciembre de 2009 y 110 servicios de atención amigable para adolescentes están funcionando al momento. Entrevista a María Rosa Cevallos, técnica del UNFPA para el Ministerio de Salud Pública. Quito, Diciembre de 2009.

²⁷ Tenemos información de que algunos de los procedimientos especiales para adolescentes en los servicios estatales sólo se aplican a partir de los 12 años, debido a las definiciones del Código de la Niñez y la Adolescencia.

Sin embargo, es importante destacar que este método parece ser más aceptado entre quienes atienden delitos sexuales, y todos los/as médicos que entrevistamos dentro del sistema de atención a víctimas de violencia sexual dijeron estar a favor de informar o entregar las pastillas a las mujeres que atienden. Sin embargo, algunos/as aclararon su posición de que este es un método que debe usarse *sólo* en casos de violación.

En Esmeraldas y Quito los médicos legistas dijeron que tenían provisiones suficientes y sí entregaban anticoncepción de emergencia a las mujeres que la necesitaban, luego de hacer un examen médico ginecológico y de establecer si era pertinente o no que lo usaran.²⁸

En Chimborazo la médica legista dijo que ella informaba sobre el método y recetaba las pastillas, sin embargo no tenía la *“potestad”* de entregarlas directamente a las mujeres ni contaba con el medicamento. De cualquier manera ella dijo que le parece que sí debería poder entregar las pastillas pues eso facilitaría enormemente los trámites para las mujeres.²⁹

En Loja la fiscal de delitos sexuales dijo que sí informaban a todas las víctimas de violación sobre el método de Anticoncepción de Emergencia, pero debido a que no tienen el medicamento ni presupuesto para comprarlo, lo que hacen es recetar la pastilla o recomendar que la adquieran en una farmacia. Ella dijo que conocía también que en el Programa de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía, sí tenían presupuesto para facilitar medicamentos o el *“ajuar para el niño”* en caso de que la mujer se quede embarazada como producto de la violación y tenga escasos recursos económicos.³⁰

Varios/as médicos/as se mostraron preocupados/as por la atención que entregaban a las mujeres y, aunque la percepción general es que el sistema de atención de delitos sexuales ha mejorado su atención y es más eficaz ahora que hace algunos años, a decir de uno de los médicos *“la justicia todavía está en pañales”* y existen muchísimos casos en los que no llegan a establecer una condena acusatoria en los casos de violación debido a la falta de tecnología o a lo engorroso de los procedimientos³¹, esto incluye la dificultad de entregar a las mujeres los recursos necesarios para no ser revictimizadas después de la violación, protegiéndolas de un embarazo forzado a través de la provisión de anticoncepción de emergencia.

Los/as médicos/as también hablaron de las dificultades para prevenir embarazos no deseados usando la Anticoncepción de Emergencia en los casos de violación debido a que la mayor parte de mujeres no denuncian el hecho dentro del período de efectividad de este método. Esto también dificulta recabar pruebas para el proceso legal. Finalmente, varios médicos nos aclararon que no todas las mujeres necesitan Anticoncepción de Emergencia después de haber sido violadas pues algunas están usando algún método anticonceptivo regular y otras (la mayoría) no tienen la edad suficiente para poder concebir. Dijeron que *“la mayor parte de delitos sexuales se presentan en niñas menores de 12 años”*³².

²⁸ Entrevistas con el Dr. Simón Macías (Esmeraldas) y el Dr. Patricio Jarrín (Quito). Noviembre de 2009.

²⁹ Entrevista con la Dra. Hilda García. Riobamba, diciembre de 2009.

³⁰ Entrevista con la Dra. Lorgia González. Fiscal de Delitos Sexuales. Loja, diciembre de 2009.

³¹ Entrevista con el Dr. Patricio Jarrín. Quito, noviembre de 2009.

³² Entrevistas con el Dr. Simón Macías (Esmeraldas) y el Dr. Patricio Jarrín (Quito). Noviembre de 2009.

La ilegitimidad de la Anticoncepción de Emergencia en el país

Mientras que la anticoncepción de emergencia es un método absolutamente legal en el país, este todavía no es un método anticonceptivo legítimo³³ en la sociedad ecuatoriana. Y, como hemos visto hasta aquí, muchas de las barreras que se presentan para el acceso real de las personas a la Anticoncepción de Emergencia están basadas en la ilegitimidad social de este método y no en barreras legales o normativas en torno a él.

La razón de la ilegitimidad social de este método anticonceptivo radica en que la información sobre el estatus legal y científico de la Anticoncepción de Emergencia nunca llegó al público en general, sino que fue manejada con reserva en los procesos legales y científicos alrededor de la Anticoncepción de Emergencia, tal como ocurre con la mayoría de medicamentos e insumos de salud. Esto hace que sólo una muy pequeña parte de la población tenga claridad con respecto a lo que ocurrió en los procesos legales y sanitarios que involucraban la anticoncepción de emergencia y al hecho de que ha sido científicamente comprobado que las bases de su ilegitimidad, es decir, su supuesta acción abortiva y sus graves efectos secundarios, son una falacia (Calle, 2009).

Sólo unas pocas organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres se han esforzado para difundir esta información. Pero estos esfuerzos no son suficientes para que toda la gente que podría estar usando, recetando y entregando anticoncepción de emergencia lo haga sin sentir que tiene que esconderse, que está haciendo algo prohibido o sin sentirse culpable por hacerlo.

La ilegitimidad de este anticonceptivo también está relacionada con el hecho de que este es un método de emergencia, que puede ser usado después de la relación sexual sin protección, y esto produce grandes controversias en el marco de una cultura en la que se sigue pensando que todas las relaciones sexuales deben tener fines reproductivos y que el control de la reproducción es un asunto simple de previsión, planificación y responsabilidad³⁴. Los métodos de emergencia abren la posibilidad de que

³³ La legitimidad proviene de la aceptación social –con arreglo a estructuras cognitivas y culturales- de un fenómeno. Un hecho es legítimo si existe un consenso social de que éste es válido, justificable o correcto. En muchos casos, la legitimidad difiere de la legalidad, pues la primera es el producto de un consenso social más o menos amplio, mientras que la segunda es el producto de un arreglo formal que no siempre está en consonancia con el sentir social y con las estructuras culturales y de pensamiento. La ilegitimidad de la Anticoncepción de Emergencia, implica que su uso no es justificado y aceptado como socialmente válido.

³⁴ Este criterio no toma en cuenta el hecho de que muchas relaciones sexuales no son consentidas por las mujeres, una gran cantidad de mujeres no tiene la posibilidad de exigir el uso de preservativo o no accede a otros métodos anticonceptivos y, finalmente, muchas mujeres deciden no usar métodos anticonceptivos regulares por diversas razones. Adicionalmente, el sexo no es una práctica sobre la que se tomen decisiones absolutamente racionales (dentro de la racionalidad causa y efecto que está ligada a la planificación y previsión) pues está mediado por una serie de impulsos, emociones y sentimientos, muchos de ellos ligados a una concepción de amor romántico que es contraria a la toma de decisiones racionales. Aunque no abordamos en profundidad estos factores en este estudio, sabemos que todos ellos influyen sobre la posibilidad de las mujeres, y los hombres, para tomar la decisión de protegerse antes de tener una relación sexual, y deberían ser comprendidos y reconocidos a la hora de establecer mecanismos y políticas con respecto a la sexualidad, especialmente cuando se refiere a anticoncepción de emergencia.

una/o decida después de haber tenido relaciones sexuales, por lo que éste aparece en las mentes de las personas como un método de mujeres irresponsables.

Lo mismo sucede con los hombres y se asume que los que buscan este método para sus parejas son irresponsables y abusivos, y lo usan como una excusa para no usar preservativo. Si bien esto puede ser cierto en algunos casos, se debe mirar a sus causas más profundas, que se encuentran en la sistemática opresión de las mujeres en una relación asimétrica de poder entre personas de distintos géneros, cosa que no va a ser solucionada con limitar el acceso de todas las personas a un método anticonceptivo que puede salvarlas/os de enfrentar un embarazo no deseado.

Tampoco hay claridad entre el público en general ni los/as servidores de salud sobre los efectos secundarios que este método causa en las mujeres, y en un principio incluso las mismas organizaciones de mujeres difundieron la información de que este es un método que sólo debe usarse en ocasiones muy especiales, y que su uso reiterado puede dañar permanentemente la salud. Aunque las organizaciones de mujeres ya no difunden esta información, pues ahora tienen claro que no está comprobado que la anticoncepción de emergencia tenga estos efectos, en los servicios médicos y en las altas esferas de poder de la salud pública todavía se sostiene este argumento, que se usa para negarse a entregarla a *ciertas* mujeres.

Con base en todos estos mitos, la mayor parte del personal del Ministerio de Salud Pública sigue tratando este método como si no fuese legal. Como hemos mencionado antes, la mayoría de ellas/os ni siquiera conocen de su existencia o su disponibilidad en el Sistema de Salud Pública y para muchos/as otros/as todavía no está claro si éste es un método abortivo o no, ni quiénes tienen la potestad de entregarlo. Además, se sigue protegiendo el control médico sobre los cuerpos de las mujeres y en muchísimas entrevistas y visitas nos encontramos con que el personal de salud cree tener la autoridad para decidir quiénes *merecen* acceder a este método y quiénes no, no sólo con criterios de elegibilidad médica como el tiempo transcurrido después de la relación sexual de riesgo o el momento en el ciclo menstrual de la mujer, sino con criterios morales como el hecho de que una mujer haya pedido varias veces anticoncepción de emergencia, sea más joven de lo que se considera ideal para tener relaciones sexuales u otras razones morales como estas³⁵.

Durante el curso de esta investigación, oímos varias veces el criterio de que la Anticoncepción de Emergencia "*es un método para mujeres violadas*"³⁶, pues se considera que sólo en el caso de haber sido forzada a mantener una relación sexual sin protección, una mujer está en una posición legítima para prevenir un embarazo después de haberla tenido.

En el medio de los servicios públicos de salud, la Anticoncepción de Emergencia se considera además un método *fácil*, en el sentido de que las mujeres pueden actuar "irresponsablemente" y tener relaciones sexuales sin protección, sin tener que pasar por un proceso previo, que además implica sacrificios,

³⁵ Registro de conversaciones informales en el contexto de la entrega de Anticoncepción de Emergencia en la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género. Quito, 2008-2009.

³⁶ Registro de entrevistas en Quito y Esmeraldas y de visitas a centros médicos en Nanegalito. Noviembre de 2009 y octubre de 2009, respectivamente.

negociaciones y esperas, que es lo que se considera adecuado para la planificación familiar, si se la mira desde una perspectiva punitiva de la sexualidad.

El siguiente es un testimonio de una enfermera de un servicio público de salud sobre este tema:

[No piden anticonceptivos en el Hospital] La otra más fácil es que van y compran el PAE, pastillas abortivas de emergencia, se toman y ya, y no están yendo al hospital [...] Si hay [PAE] aquí en el Hospital, pero caso poco la utilizan. Casi no dan las fechas exactas (para tomarlas), eso sería la otra (enfermera San Lorenzo)³⁷

Como podemos ver en el testimonio, la enfermera cree que las siglas se refieren a una píldora abortiva, y considera que su existencia y disponibilidad en las farmacias son las razones por las que las mujeres no usan métodos anticonceptivos regulares, que son los que gozan de mayor legitimidad para la planificación de la reproducción. Esta desinformación y la carga de prejuicios ligada a ella afectan gravemente la atención cuando las personas intentan acceder a este método a través del sistema público de salud.

Sin embargo, no sólo el personal médico está desinformado y lleno de prejuicios, sino que las mismas usuarias del método suelen tener muy mala información y considerar que se están practicando un aborto en una etapa muy temprana de la gestación cuando lo usan.

Según las integrantes de Salud Mujeres, una línea telefónica de información sobre aborto seguro y sexualidad sostenida por la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género y activistas feministas en varias ciudades del país, la cantidad de mujeres que llaman pidiendo información sobre anticoncepción de emergencia creyendo que es un método abortivo es muy alta y la desinformación general sobre este método es alarmante: *“Es muy común oír a mujeres que nos llaman diciéndonos que quieren abortar porque han tenido relaciones sexuales sin protección uno o dos días antes de la llamada. Nosotras las informamos sobre anticoncepción de emergencia, qué marcas existen, dónde se pueden comprar, cómo se pueden tomar y les explicamos la diferencia entre este método anticonceptivo y un aborto con pastillas. También entregamos información sobre métodos anticonceptivos regulares y cómo pueden acceder a ellos”³⁸*. La búsqueda de información sobre anticoncepción de emergencia, es la segunda razón más común por la que las personas (en su mayoría mujeres) llaman a esta línea, la primera es la búsqueda de información sobre aborto seguro.

Por otro lado, los hombres están menos informados que las mujeres sobre este método, y todavía es muy común oírlos hablar de sus experiencias con anticoncepción de emergencia como si fuesen experiencias de aborto. Muchos incluso enfrentan todas las cargas morales y culpabilidad que son comunes después de un aborto en una sociedad que lo penaliza, y pasan el resto de sus vidas pensando qué hubiera sucedido si sus parejas no habrían tomado la decisión de “abortar” el día después de haber tenido relaciones sexuales. En varias conversaciones informales sostenidas con estudiantes

³⁷ Testimonio levantado por Paula Castello Starkoff en el marco del estudio de "Percepciones del Personal de Salud en cuanto al uso y acceso de anticonceptivos en adolescentes" del Min de Salud-UNFPA (enero 2010, mimeo)

³⁸ Entrevista con integrantes de Salud Mujeres-Quito. Enero de 2010

universitarios³⁹, hemos escuchado este tipo de experiencias y percepciones sobre la anticoncepción de emergencia, basada en la gran confusión que existe entre este método anticonceptivo, y los abortos con pastillas, que constituyen un método cada vez más popular en nuestro país. Esto lleva a las personas, especialmente a las mujeres a ponerse en una situación de clandestinidad y culpabilidad cuando optan por usar anticoncepción de emergencia luego de una relación sexual sin protección.

En una entrevista anónima con una pareja que había usado Anticoncepción de Emergencia escuchamos un ejemplo clarísimo de este fenómeno. Él y ella nos contaron que se habían enterado de la existencia de la Anticoncepción de Emergencia por medio de sus amigos/as. En su grupo, en el que la mayoría son muy conservadores/as y religiosos/as, esta información se transmite con mucha cautela tanto entre hombres como entre mujeres, pues nadie de ellos/as estaba seguro/a de si éste era un método legal y habían vivido de cerca las campañas para promover su prohibición. Pensaban que *“después del escándalo que hubo hace unos años”*, este método se había prohibido por ser abortivo. Por esta razón, cuando necesitaron Anticoncepción de Emergencia ellos no acudieron a un médico ni una farmacia, sino que le pidieron a un amigo que la había usado que la consiguiera. Él dijo que iba a pedírselo a la persona que la había conseguido para él, pues nadie sabía cómo se la conseguía ni en dónde.

Una vez que tuvieron la pastilla, arreglaron todo para estar juntos mientras ella se la tomaba, pues les habían dicho que ésta causaba muchos efectos secundarios y que ella se iba a sentir muy mal. Cuando finalmente tomó la pastilla, la chica se sintió realmente mal, tuvo náuseas, dolor de cabeza y se desmayó varias veces. Ambos estaban muy asustados y decidieron pedir apoyo al amigo que les había conseguido las pastillas. Él los acompañó y llamó a un amigo suyo, estudiante de medicina, para contarle lo que estaba pasando y preguntarle qué debían hacer. Este, en lugar de explicarles el mecanismo de acción de las pastillas o recomendarles que buscaran atención médica para ver por qué la chica estaba teniendo tantos malestares, les dijo que debían darle mucho chocolate y no les dio ninguna explicación.

El drama duró varias horas en las que ella no quería ir a su casa por miedo de que su familia se enterara y él no quería ir a un hospital porque tendría que contarle a su familia para pedirles dinero para pagar la consulta. Acudir a un hospital público nunca fue una opción y durante ese tiempo tuvieron mucho miedo pensando en los malos tratos que tendrían que enfrentar si buscaban atención médica. Al final, ella se sintió mejor y se solucionó el problema. Sin embargo, ellos todavía tienen cierto sentimiento de culpabilidad por haber usado un *“método abortivo”*⁴⁰ y muchas dudas con respecto a lo que pasó, pues nunca habían encontrado un lugar donde pudieran acceder a información confiable acerca del tema ni contar su experiencia para comprenderla mejor.

La primera vez que hablaron sobre su experiencia fue en una consejería sobre aborto, y lo hicieron porque dentro del proceso de tomar una decisión sobre el embarazo no deseado que estaban

³⁹ Registro de conversaciones informales con 3 estudiantes universitarios de entre 20 y 28 años de edad. Quito, 2009-2010.

⁴⁰ Es la misma pareja la que se sigue refiriendo a la anticoncepción de emergencia como un *“método de aborto en una etapa muy temprana de la gestación”*. Y, a pesar de que las evidencias científicas comprueban lo contrario, esta pareja vivió y procesó su experiencia con anticoncepción de emergencia como si fuese una experiencia de aborto.

enfrentando, uno de los elementos que consideraban era el hecho de que ellos *“ya habían tenido un aborto, sólo que era menos evidente porque había ocurrido sin hacerse la prueba de embarazo”*.

El asombroso parecido entre la experiencia de haber tomado anticoncepción de emergencia y la de tener un aborto sólo tiene su base en la ilegitimidad social de ambos procedimientos, pues médica y físicamente estos dos procesos son abismalmente diferentes. Sin embargo, la falta de conocimiento y la sensación de clandestinidad e ilegitimidad pueden hacer que las dos experiencias se equiparen, haciendo que las mujeres sientan culpa y, en el peor de los casos, se nieguen a usar este método anticonceptivo por razones morales, aún cuando no estén buscando embarazarse y podrían evitar hacerlo.

Existen dos grandes responsables de que la experiencia de entregar o usar anticoncepción de emergencia se viva con culpa, miedos y violencia: el Estado que omite sus deberes de garantizar los derechos de las personas y la atención de salud, y los grupos fundamentalistas que invierten grandes presupuestos para sostener campañas de desinformación. Todo esto se podría evitar proveyendo a las personas de educación e información oportuna, científica, veraz y libre de prejuicios con respecto a la sexualidad, sin embargo esa es otra de las grandes deudas del Estado y la sociedad, especialmente con las personas más jóvenes.

La ruta hacia la anticoncepción de emergencia: barreras y desafíos en el acceso a anticoncepción de emergencia en el país.

En resumen, las barreras que hay que enfrentar para conseguir anticoncepción de emergencia son distintas para las diversas mujeres y están marcadas, sobre todo, según lugar de residencia y la cantidad de recursos materiales y simbólicos a los que una mujer puede acceder. Los recursos más importantes para acceder a anticoncepción de emergencia son: dinero, receta médica e información.

Mientras que en general las mujeres del campo cuentan con menos recursos (menos dinero, pero también menos información y difícilmente cuentan con acceso a una receta médica), las farmacias y los centros de salud pública del campo casi nunca están provistos de anticoncepción de emergencia. Esto implica que para conseguirla una mujer del campo tendrá que viajar a la ciudad, haciendo que los costos de este método sean casi imposibles de afrontar para la mayoría de mujeres del campo.

Las mujeres jóvenes generalmente tampoco cuentan con la información y el dinero necesario, pero si están en la ciudad y logran conseguir la información, no será tan difícil para ellas acceder al método.

Mientras tanto, para las mujeres de la ciudad es imprescindible contar con información específica acerca del método y de cómo conseguirlo, con esta información una mujer de la ciudad puede acceder fácilmente a un hospital o centro de salud bien dotado y, si cuenta con el dinero necesario, comprarlo en una farmacia cercana.

El siguiente cuadro es un intento de graficar la ruta que deben seguir las mujeres cuando deciden buscar anticoncepción de emergencia. Si bien el gráfico es una simplificación de las limitaciones, barreras y caminos que una mujer puede seguir y enfrentar en este proceso, creemos que da cuenta de las limitaciones que debemos superar para asegurar el ejercicio pleno del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, su reproducción y sus vidas.

Conclusiones y recomendaciones

Existen innumerables argumentos formales para que las mujeres accedan libremente a la anticoncepción de emergencia. A pesar de esto, el Estado todavía está poniendo limitaciones al acceso y no cumple a cabalidad con su obligación de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, mientras que son las ONGs y otras iniciativas privadas quienes se hacen cargo de este trabajo estatal.

El sistema de salud pública entrega anticoncepción de emergencia en muy pocos casos, su distribución sigue siendo escasa y la difusión del método es casi nula. El Estado impone barreras que impiden que las mujeres accedan al método. La mayoría de estas barreras no son acciones del Estado en contra de la anticoncepción, sino omisiones tales como:

- Dejar que la distribución siga dependiendo de la voluntad y las percepciones del personal de salud;
- No establecer mecanismos y protocolos claros, nacionales y exigibles para la distribución de anticoncepción de emergencia;
- No capacitar al personal de salud y establecer mecanismos y protocolos para la atención de esta solicitud como una emergencia dentro del sistema de salud pública;
- No difundir los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la entrega de métodos anticonceptivos pre y post coitales;

Por otro lado, el Estado ha implementado barreras como:

- Establecer la receta médica como un requisito para la venta de Anticoncepción de Emergencia en las farmacias;
- Establecer un protocolo que implica conseguir un turno, abrir un historial clínico y perder muchas horas y a veces días en un proceso que constituye una emergencia;
- Dejar la responsabilidad de la entrega de Anticoncepción de Emergencia en una sola persona –la encargada de recetar anticoncepción normal- cuando este es un procedimiento de emergencia que debería estar siempre disponible y debería poder ser realizado por todo el personal, tomando en cuenta que no se necesita formación médica especializada para comprender y poner en práctica los criterios de elegibilidad para el uso de este método y para concertar una nueva cita para la información sobre anticoncepción regular.

Pocas mujeres conocen la existencia de la Anticoncepción de Emergencia. Quienes saben de su existencia no siempre saben a dónde acudir para adquirirla y/o tienen muchos prejuicios con respecto a su mecanismo de acción y su legalidad. La mayor parte de mujeres que ha usado Anticoncepción de

Emergencia las ha adquirido a través del sistema privado de salud, enfrentando las barreras del alto precio y la difícil búsqueda del método.

La Anticoncepción de Emergencia sigue siendo ilegítima en la sociedad ecuatoriana. Para la mayoría de la gente (incluyendo mujeres que la usan y servidores de salud públicos y privados) todavía no está claro si este método es abortivo o no, a pesar de que sus mecanismos de acción como anticonceptivo y el hecho de que no produce un aborto han sido demostrados hasta la saciedad por la ciencia médica. Existen diferencias con respecto al contenido de esta ilegitimidad: en algunos casos extremos, como el de violación, la mayor parte de gente está de acuerdo con que el método se use y sea asequible. Sin embargo, todavía existe el miedo de que un método postcoital tenga el efecto de causar “*promiscuidad*” e “*irresponsabilidad*” en las mujeres, especialmente en las más jóvenes y de justificar y afianzar las razones que esgrimen los hombres para no usar condón.

El Estado y la sociedad ejercen control sobre el cuerpo de las mujeres cuando nos impiden controlar nuestra reproducción por nosotras mismas, sin depender de farmacéuticas, médicos/as y consejeros/as. Este control sigue siendo defendido en distintas esferas de la sociedad. Esta es la razón de base por la que el acceso a avances científicos para el control de la reproducción es siempre un tema tan conflictivo y controvertido.

Si miramos el tema desde una perspectiva de derechos –que es la que se supone que el Estado tiene la obligación de asumir para actuar frente a sus ciudadanos/as- podemos decir que existen varios derechos humanos que se violan cuando no se asegura el acceso a este método. Algunos de estos son:

- *A la igualdad formal y material y no discriminación*, pues la capacidad para controlar la reproducción y separar la sexualidad de la procreación es un requisito básico para la equidad de mujeres y hombres tanto en la esfera sexual como en la económica, cultural y política.
- *A no ser objeto de tratos crueles y degradantes*, pues las limitaciones para el acceso a Anticoncepción de Emergencia incapacitan a las mujeres para sostener control sobre su reproducción y las exponen al riesgo de embarazos no deseados/planificados y, dadas las condiciones de ilegalidad del aborto, a someterse a prácticas de abortos inseguros, clandestinos y sin atención médica.
- *A gozar de los progresos de la ciencia y sus aplicaciones*, pues los estudios han probado que la Anticoncepción de Emergencia es un método eficaz y seguro y que la importancia de su disponibilidad es aún mayor en lugares de escasos recursos⁴¹, pero este avance no está disponible para todas las mujeres en el país.
- *A decidir el número de hijos e hijas que quieren tener*, usando para ello todos los medios científicos disponibles y nuestra capacidad de decisión sobre nuestros propios cuerpos y vidas.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud. **Intervenciones para la Anticoncepción de emergencia**. En Internet: <http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/smcom1/es/>

Pero más allá de la perspectiva de derechos, las barreras en el acceso a este método perpetúa y reproduce un sistema de control sobre los cuerpos de las mujeres, impidiéndonos decidir libre y autónomamente lo que queremos hacer con nuestros cuerpos y nuestras vidas y condenándonos a una sexualidad ligada a la reproducción, el miedo y la violencia.

Por todas estas razones, es necesario que el Estado:

- Implemente campañas de difusión masiva sobre todos los métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia, y la posibilidad de acceder a ellos y a otros servicios en salud sexual y reproductiva gratuitamente en el sistema de salud pública del país. Estas campañas deben incorporar la Anticoncepción de Emergencia en el espectro amplio de los métodos anticonceptivos, normalizando y legitimando su uso como una opción más (aunque de emergencia) entre la variedad de opciones anticonceptivas.
- Garantice los recursos para mantener estas opciones siempre disponibles para todas las mujeres, priorizando las áreas en las que las mujeres tienen menores recursos económicos o simbólicos y tienen menos oportunidades de acceder a los sistemas públicos y privados de salud.
- Capacite al personal de salud y establezca mecanismos y protocolos para la atención oportuna y de calidad a la demanda de anticoncepción post-coital.
- Tome en cuenta y responda a la diversidad étnica y cultural y a las necesidades específicas de los distintos grupos de edad en esta atención.
- Elimine el requisito de receta médica, turnos, historias clínicas y consultas previos a la entrega de Anticoncepción de Emergencia.
- Renuncie al control sobre los cuerpos de las mujeres, facilitando los recursos para que cada una pueda decidir libremente cómo y en qué momento vivir su sexualidad de manera libre y placentera, separándola de su capacidad reproductiva.
- Renuncie a su complicidad con las farmacéuticas y a su estrategia de privatización *de facto* de la salud, asegurando que las medicinas de necesidad básica se produzcan estatalmente o, en su defecto, se fijen precios justos y asequibles para toda la población ecuatoriana.
- Organice mecanismos de compras masivas de Levonorgestrel genérico de 0.75 o 1.5 mg, para abaratar los costos estatales y asegure su distribución en todos los centros de servicios de salud estatales.
- Habilite mecanismos para monitorear, evaluar, capacitar y sensibilizar a todo el personal del sistema público de salud para asegurarse de que los insumos lleguen oportunamente a las manos de las mujeres que los necesitan.

- Haga cumplir las leyes y obligue a todas las farmacias a tener disponible Anticoncepción de Emergencia, pues el Levonorgestrel de 0.75 mg está considerado en el cuadro de medicamentos básicos del Estado Ecuatoriano.

Pero además, desde fuera del Estado se puede:

- Implementar campañas de difusión sobre los derechos que las personas tienen y los servicios estatales que pueden exigir.
- Organizar procesos de veeduría ciudadana para informar, denunciar, exigir y acompañar al Estado en la implementación de los cambios necesarios.
- Organizar otros mecanismos de información y difusión –paralelos al Estado- que devuelvan a las mujeres el control sobre sus propios cuerpos y su capacidad reproductiva.
- Difundir la Anticoncepción de Emergencia no sólo como una marca de pastillas sino con todas las posibilidades de combinación de medicamentos y uso de dispositivos intrauterinos para que las mujeres puedan elegir qué es lo que más les conviene usar y cuándo quieren hacerlo.

Bibliografía

Bourdieu, Pierre. La dominación masculina. En: **La ventana. Revista de Estudios de género N° 3**. Universidad de Guadalajara. México: 1997

Calle, Andrés. “Consideraciones científicas sobre el mecanismo de acción del Levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia. Una breve síntesis” en **¡Por la libertad de decidir. Antoconcepción de emergencia para TODAS las mujeres, en los servicios de salud del Estado ahora!**. Frente Ecuatoriano de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito: 2009

Castello, Paula. Despenalización del aborto y nuevo proyecto constitucional: un tema polémico. En: **Íconos, Revista de Ciencias Sociales. Núm. 32**. FLACSO-ECUADOR. Quito: 2008.

Conamu, **Derechos de las Mujeres en la Nueva Constitución**. Quito, 2008

Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género. Anticoncepción de emergencia: ¿derecho o privilegio? En: **¡Por la libertad de decidir. Antoconcepción de emergencia para TODAS las mujeres, en los servicios de salud del Estado ahora!**. Frente Ecuatoriano de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito: 2009

Egües Guevara, Pilar. “Mujeres y Población” En: **Mujeres ecuatorianas Entre la crisis y las oportunidades 1990-2004**. CONAMU-FLACSO-UNIFEM-UNFPA. Quito: 2005

Federación internacional de Mujeres en Carreras Jurídicas. **La Convención de Belém do Pará y su Mecanismo de Seguimiento**. En Internet: <http://www.fifcj-ifwlc.net/Docs/La%20Convencion%20de%20Belem%20do%20Para%20y%20su%20Mecanismo%20de%20Seguimiento.pdf>

INEC. **Las Condiciones de vida de los ecuatorianos. Resultados de la encuesta de condiciones de vida-Quita Ronda**. Quito: 2006.

INEC. **Comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas**. Quito: 2005

Lafaurie, María Mercedes. **El aborto con medicamentos en América Latina Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú**. Population Council, Gynuity Health Projects. México: 2005

La Razón. “**La venta de la píldora postcoital llega a 2,3 millones de euros en tres meses**”. En Internet: <http://larazon.mynewsonline.com/>. Madrid: 13 de febrero de 2010.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Consejo Nacional de Salud. **Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**. Quito, 2007

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Consejo Nacional de Salud. **Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**. Quito, 2007

Ministerio de Salud Pública. **Normas y protocolos de atención integral a la violencia de género, intrafamiliar y sexual pro ciclos de vida**. Quito: 2009

Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En Internet: Centro de Información de Naciones Unidas
(www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm)

Organización Mundial de la Salud. **Intervenciones para la Anticoncepción de emergencia**. En Internet:
<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/smcom1/es/>

Valladares, Lola. **El método anticonceptivo de emergencia: un derecho constitucional**. En Internet:
<http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs15/Normativa%20AE%20Lola%20Valladares%20T.pdf>

Varea, Soledad. **Voces ausentes: maternidad adolescente y violencias en Quito**. Tesis de Maestría: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito: 2007

Vásconez, Alison. “Mujeres, trabajo y pobreza” en: **Mujeres ecuatorianas Entre la crisis y las oportunidades 1990-2004**. CONAMU-FLACSO-UNIFEM-UNFPA. Quito: 2005

Anexo 1: Centros de Salud visitados

Centros de Salud visitados

| Provincia | Ciudad | Nombre del Hospital/Centro o Subcentro de Salud | Entregaron la información (sí, no) | Tienen las pastillas (sí, no) | Entregaron las pastillas (sí, no) | Observaciones |
|------------|--------------|---|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| Chimborazo | Guano | Área N° 6 | sí | sí | sí | |
| Chimborazo | Riobamba | Área N° 1 | sí | sí | sí | |
| Pichincha | Quito | Subcentro San Juan-Independencia | no | sí | no | No nos atendieron porque la encargada estaba de vacaciones y nadie más podía dar esa información |
| Pichincha | Quito | Subcentro Matovelle Área N° 2 | no | sí | no | No nos atendieron porque la encargada estaba de vacaciones y nadie más podía dar esa información |
| Pichincha | Nanegalito | Hospital Nanegalito | no | no | no | Dijeron que ese método era solo para "mujeres violadas" |
| Esmeraldas | Esmeraldas | Subcentro N° 2 | no | sí | no | Quien fue a averiguar era un hombre y no entregan información ni pastillas a hombres |
| Esmeraldas | Esmeraldas | Subcentro N° 1 | sí | sí | sí | El tiempo de espera es de aproximadamente 6 horas |
| Esmeraldas | Vuelta Larga | Subcentro Vuelta Larga | sí | no | no | |
| Loja | Loja | Jefatura Provincial de Salud | sí | sí | sí | La enfermera maltrata a las pacientes y el tiempo que tomó el trámite fue de aproximadamente 5 horas |

| | | | | | | |
|---------------|------------------|---|----|----|----|--|
| Loja | Catamayo | Área de Salud N° 4 de Catamayo | sí | no | no | Entregaron una receta para que la comprara en una farmacia |
| Loja | Loja | Área de salud N° 2. Subcentro de Salud Daniel Álvarez Burneo. | no | no | no | No dieron ninguna información porque el médico no estaba y dijeron que tenía que pedir un turno al día siguiente |
| Guayas | Guayaquil | Subcentro de Salud "Casitas del Guasmo" | sí | sí | sí | |
| Guayas | Salitre | Hospital "Oswaldo Jervis Alarcón" | no | no | no | |