

Mercedes Prieto, editora

Mujeres ecuatorianas  
Entre las crisis  
y las oportunidades  
1990-2004



© De la presente edición:

**Consejo Nacional de las Mujeres - CONAMU**

Pasaje Donoso N32-33 y Whimper

Quito - Ecuador

Telefax: (593-2) 256-1446 / (593-2) 256-1472

conamu@conamu.gov.ec

www.conamu.gov.ec

**FLACSO, Sede Ecuador**

Calle La Pradera E7-174 y Av. Diego de Almagro

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 323-8888

Fax: (593-2) 323-7960

www.flacso.org.ec

**Fondo de Desarrollo de  
las Naciones Unidas para la Mujer**

**UNIFEM - Región Andina**

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0332

Fax: (593-2) 246-0328

www.unifemandina.org

**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

**UNFPA - Ecuador**

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Edificio Naciones Unidas, piso 7

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0209 / 0210

www.ecuador.unfpa.org

**ISBN:**

Cuidado de la edición: María Pessina

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: RISPGRAP

Quito, Ecuador, 2005

1ª. edición: octubre, 2005

CONAMU, FLACSO, Sede Ecuador, UNIFEM y UNFPA no comparten necesariamente las opiniones vertidas por los autores ni éstas comprometen a las instituciones a las que prestan sus servicios. Se autoriza a citar o reproducir el contenido de esta publicación siempre y cuando se mencione la fuente y se remita un ejemplar a los editores.

# Índice

Presentación .....	7
Agradecimientos .....	9
Introducción .....	11
TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS	
<b>Mujeres y población</b> .....	25
<i>Pilar Egüez Guevara</i>	
<b>Las mujeres en los procesos migratorios</b> .....	91
<i>María Cristina Carrillo E.</i>	
POLÍTICA Y CIUDADANÍA	
<b>Participación política y ciudadanía de las mujeres</b> .....	113
<i>María Fernanda Cañete</i>	
<b>Las mujeres indígenas y la búsqueda del respeto</b> .....	147
<i>Mercedes Prieto, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño</i>	

---

LOS DERECHOS SOCIALES

**La salud de las mujeres** ..... 189

*Mauricio León*

**Mujeres y educación** ..... 219

*Juan Ponce y Silvia Martínez*

**Mujeres, trabajo y pobreza** ..... 241

*Alison Vásquez*

LAS NUEVAS GENERACIONES

**Las niñas y adolescentes** ..... 309

*Margarita Velasco Abad*

## Tendencias demográficas

# Mujeres y población

Pilar Egüez Guevara<sup>1</sup>

## Introducción

En los últimos 10 años, la población del Ecuador continuó un proceso de cambios que inició en los años setenta en su ritmo de crecimiento y en su estructura. Hoy, a diferencia de hace 40 años, el Ecuador está poblado por una mayoría de jóvenes que vivirán muchos años más que sus abuelos. La mayoría lo harán en las ciudades, y no en el campo, como en épocas anteriores. Además, muchos de ellos están empezando hoy su vida sexual mucho más temprano que la generación de sus madres y de sus padres, lo que ha hecho que el fenómeno de las madres adolescentes sea también una característica de ésta época en nuestro país y región. No obstante, hoy las familias ecuatorianas son mucho menos extensas, casi cuatro niños menos que hace cuatro décadas. Las causas de muerte también son distintas. Las muertes por enfermedades prevenibles han perdido importancia y han dado paso a causas también prevenibles, como por ejemplo, los accidentes de tránsito o el suicidio, situaciones relacionadas con un entorno y un modo de vida más urbano y estresante.

Esta población sobrevivió, además, a una serie impactos sociales y económicos profundos que marcaron la década de los noventa y que aún encontramos presente en 2000 y que se expresa en que una parte de ese grupo optó por irse del país<sup>2</sup>. Este contexto de crisis socio-económicas y políticas no permitió que la oportunidad histórica de la transición demográfica se aproveche en la medida en la que ha durado pues hoy observamos que las tendencias descendientes de la fe-

---

1 Economista. Maestría en Ciencias Sociales con especialización en Antropología, FLACSO - Sede Ecuador.

2 La migración transnacional constituye uno de los fenómenos poblacionales más destacables del período bajo análisis y que es objeto de un estudio particular en este libro.

cundidad como la mortalidad se están estancando. A pesar de ello, aún hay espacio para tomar conciencia de que el Ecuador se encuentra en un momento único para emprender acciones hacia la promoción de un crecimiento económico que beneficie a la población en su conjunto, que tenga como prioridad sus derechos y necesidades particulares y de este modo logre por fin menguar las grandes desigualdades que nos ubican hoy como uno de los países más inequitativos del mundo.

Este trabajo intenta dar un panorama de los cambios que ha experimentado la población ecuatoriana en los últimos 10 a 15 años, prestando especial atención a la salud y los derechos de las mujeres en distintas etapas de su vida. En la primera parte se analiza cómo ha evolucionado el perfil de la población ecuatoriana que está encaminada en un proceso de cambios demográficos que ha ido de la mano con fenómenos sociales y globales importantes en las últimas décadas. Seguidamente, se da una mirada a los cambios en los patrones de fecundidad en el marco de las tendencias regionales, con un enfoque en sus varios determinantes a nivel macro y su impacto en los comportamientos reproductivos de las mujeres. Más adelante, se discuten temas ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como por ejemplo el aborto, y en particular de las mujeres jóvenes y adolescentes, con una mirada a la situación de violencia sexual que actualmente muchas de ellas enfrentan.

Por último, se analiza la situación de las personas mayores, también con un enfoque en los derechos de hombres y mujeres, acompañados con una reflexión sobre las acciones pendientes para afrontar los cambios que se avizoran a futuro para esta población. En cada sección se revisan las principales políticas que se han propuesto para atender las necesidades de estos grupos haciendo un balance sobre su impacto y la extensión de su aplicación. Para este efecto se usa como marco las recomendaciones establecidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CPID) llevada a cabo en El Cairo en 1994 en la que el Ecuador asumió compromisos en varios ámbitos para orientar sus políticas de población de una manera integrada con las políticas de desarrollo social, económico y ambiental. Las declaraciones hechas en esta conferencia marcaron un cambio de paradigmas en la cuestión de población por su énfasis en los derechos sexuales y reproductivos apuntando a la equidad de género, la promoción de las responsabilidades de los varones y los derechos de jóvenes y adolescentes. A diferencia de los enfoques anteriores en cuanto a población, que partían de una visión negativa sobre el crecimiento poblacional y cuyas políticas propuestas buscaban la consecución de metas demográficas atentando así contra los derechos de hombres y mujeres sobre su sexualidad, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en un instrumento de acción internacional implica la posibilidad de que hombres y mujeres controlen las de-

cisiones sobre su propio cuerpo y sobre el número y espaciamiento de hijos. Esto a su vez representa no solo una posibilidad de acceso a servicios de salud y programas e información sobre planificación familiar, sino un cambio de orientación de la noción tradicional de salud como la ausencia de enfermedad o malestar físico, a uno que tome en cuenta las necesidades distintas de hombres y mujeres en sus varias etapas de vida y condiciones socio-culturales de carácter étnico y residencial.

En este sentido, este trabajo no solo propone una revisión de las principales tendencias demográficas, sino que es un intento por evaluar la situación de la población desde la política social y de salud, con un particular enfoque en las mujeres. Un antecedente en esta línea es el trabajo de Mariana Naranjo (1992), quien pone énfasis en la situación de las mujeres en la década de los ochenta. Ya hacia el final de la década aparecen publicaciones sobre población de la Oficina de Planificación de la Presidencia de la República (ver ODEPLAN 1999 y 2000) que parten del marco de El Cairo para desarrollar un análisis demográfico integrado a las políticas sociales. Por su parte, la obra citada del UNFPA y CONAMU (2004) es en sí una evaluación sistemática de los avances en cuanto a población tomando, como referencia principal, las recomendaciones de la Conferencia de El Cairo. A diferencia de estos valiosos aportes, este trabajo intenta mirar la realidad de la población del Ecuador en sus distintas fases incorporando criterios de género y derechos. Mediante esta estrategia, este trabajo encontró que más allá de haber incorporado el lenguaje de género y derechos en las políticas sociales y de salud, el Ecuador enfrenta un importante reto para lograr que estas políticas se traduzcan en un cambio real de las prácticas cotidianas en las que se ejerzan estos derechos. Como demuestra la reflexión final del ensayo, el cambio del escenario actual, todavía muy marcado por desigualdades entre los distintos sectores de la población, solo será posible cuando se logre la integración de las políticas sociales y las políticas macro-económicas vigentes.

## **El perfil de la población ecuatoriana en una transición demográfica plena**

Durante las últimas cuatro décadas, el Ecuador se embarcó en un proceso acelerado de transición demográfica que ha avanzado de la mano con la urbanización, en donde el perfil de su población sufrió modificaciones importantes debido a cambios sustanciales en tres factores determinantes del crecimiento y de la composición por sexo y de grupos de edades: la migración, la fecundidad y la mortalidad.

Que el Ecuador se encuentre en una etapa de transición plena significa que tras el descenso de los niveles de fecundidad y de mortalidad, se han moderado

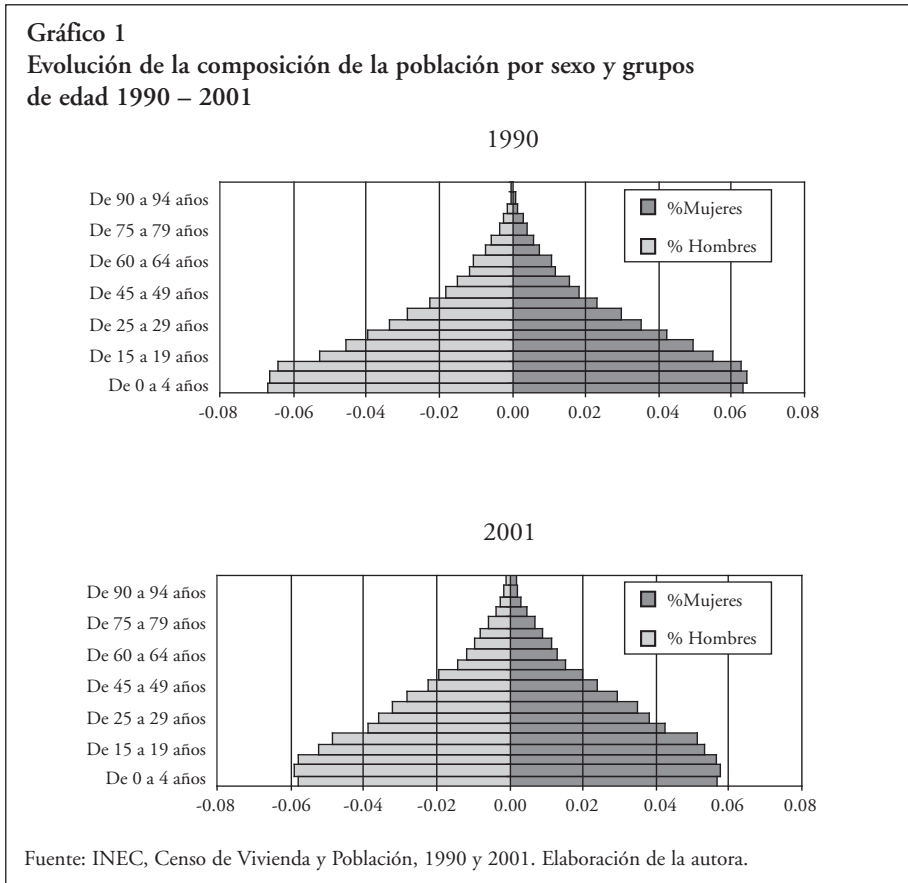


el ritmo de crecimiento de la población y esto provoca su rejuvenecimiento, el aumento de la esperanza de vida y a futuro, se proyecta un incremento del peso relativo de la población de adultos mayores<sup>3</sup>. De hecho la esperanza de vida al nacer ha incrementado para el caso de los hombres de 67.6 años en 1990 a 70.9 años en 2001, y para las mujeres de 71.4 a 76.8 años (SIISE, 2003). Como resultado de estos cambios, las tendencias de crecimiento de la población en el Ecuador han manifestado un descenso en los últimos 40 años. El Ecuador experimentó hasta la década de los sesenta una tendencia creciente de su población que se invirtió hacia los setenta debido a un descenso pronunciado en las tasas de fecundidad global y a las ya menguantes tasas de mortalidad general. En este período, la población del Ecuador se incrementó cuatro veces pero a ritmos de crecimiento desacelerados. Esta tendencia continuó al punto en que la tasa promedio anual de crecimiento en el período 1990-2001 fue ligeramente más baja (2.1%) que durante la década precedente (2.3%). Estos patrones de crecimiento desacelerado determinaron que la población ecuatoriana se incremente en un 26%, es decir, pasa de 9.648.189 personas en 1990 a 12.156.608 personas en 2001 (SIISE, 2003). Como veremos en la sección de fecundidad, las proyecciones de crecimiento de la población siguen la tendencia decreciente y se estima que alcanzará 15.93 millones hacia el año 2015 (CEPAL-CELADE, 2005). En efecto, la tasas de fecundidad comenzaron su descenso hacia el año 1965, desde un promedio de 6.7 de hijos nacidos vivos por mujer en edad fértil, y se redujeron hasta casi la mitad de su valor, 3.3 hijos en el año 2004 (CEPAR, 2004). No obstante, los grupos que sufren marginalidad social en el país como son las poblaciones indígenas, la población sin instrucción y en general la población de las áreas rurales viven distintas situaciones en cuanto a fecundidad y mortalidad, como analizaremos a continuación a partir de las pirámides poblacionales en el período 1990-2001.

---

3 La teoría de la transición demográfica plantea que el descenso paulatino de los niveles de fecundidad y mortalidad caracterizan distintas etapas en las que determinan diferentes estructuras de la población por edades. Así, una etapa de transición incipiente se caracteriza por altos niveles de fecundidad y mortalidad, y por lo tanto, la población se compone por altos niveles de niños y una importancia relativamente constante de ancianos. En esta etapa se encuentran ciertos países del África Subsahariana, y en América Latina. Haití aún se encuentra en este ciclo. A medida que los países entran en un proceso de desarrollo, la mortalidad infantil desciende y con ella los niveles de fecundidad. Esta etapa de transición moderada implica un incremento considerable de la población menor de 15 años. La etapa de transición plena presenta descensos de fecundidad más acentuados, niveles de mortalidad todavía elevados, y por lo tanto una moderada reducción de la población infantil, incrementándose a su vez el peso relativo de los adultos y ligeramente de los adultos mayores. En esta etapa se encuentran América Latina y países del sudeste Asiático. Por último, la etapa avanzada en la que se encuentran países de Europa occidental, presenta niveles bajos de fecundidad, mortalidad y por tanto, es la razón que la población entre los adultos mayores y la población joven es sustancialmente alta (Wong, 2001; Rivadeneira, 1999).

## Evolución de la estructura de la población nacional



Es evidente en el gráfico 1 que se ha producido un cambio en la forma de la pirámide poblacional debido a las variaciones en la composición de los grupos de población por edad, afectados por los cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración interna e internacional. En primer lugar, salta a la vista, el corte que sufrió en su base la pirámide de 2001 comparada con la de 1990 como una evidencia del descenso en las tasas de fecundidad. Esto ha determinado, a su vez, que la población infantil y adolescente (entre 0 a 15 años) disminuya por aproximadamente 5% para ubicarse en 33.2% de la población total. Si bien en 1990 el corte en las edades más jóvenes se puede explicar por omisiones censales, hacia 2001 este corte es aún más pronunciado y no concuerda con el descenso observado en las tasas de mortalidad infantil. En este sentido, inferimos que el corte en esas edades hacia 2001 es el resultado de un descenso en los nacimientos

de padres y madres que migran al exterior. Esta amplia base cuadrada es el reflejo de la población predominantemente infantil y joven, características de los países en desarrollo (SIISE, 2003). En consecuencia, se percibe un ensanchamiento en las edades productivas entre 15 y 64 años que se incrementaron en cuatro puntos desde 1990 y hoy constituyen un 60% de la población. En este grupo poblacional también son evidentes los saltos en lo que debería ser una escalera uniforme debido al comportamiento relativamente constante de las tasas de mortalidad a lo largo de los grupos de edad. En 1990 este salto es evidente en el grupo de 15 a 19 años, que se explica -como veremos más adelante- por la migración interna que protagonizan jóvenes, en particular mujeres, de esas edades del campo a la ciudad. Por el contrario, en 2001, este salto es mucho más notorio en la población de 20 a 25 años, que se explica por el fenómeno migratorio hacia el exterior que ha impactado en el volumen de población desde la mitad de la década de los noventa como comprobaremos al analizar las diferencias en las pirámides urbano-rural y más adelante en la discusión sobre migración internacional. Por último, es evidente un ligero ensanchamiento en la cúspide de la pirámide 2001 respecto a la de 1990, como una evidencia de que se está iniciando un proceso de envejecimiento de la población. En efecto, mientras en 1990, el grupo de 65 y más años era el 4.3% de la población, a 2001 es el 6.6%. Aunque ha habido un aumento en la población adulta mayor, este no excedió el descenso que experimentó la población infantil en el período 1990 a 2001, lo que ha determinado que el peso de estos dos grupos sobre la población en edad de trabajar -expresado en la razón de dependencia- descienda de 75.7% a 66.5% (SIISE, 2003). No obstante, de acuerdo a las proyecciones y en el marco de una tendencia latinoamericana, la razón de dependencia de adultos mayores crecerá respecto a la razón de dependencia de jóvenes y de niños a través del tiempo en concordancia con los menores niveles de fecundidad y mortalidad. Las implicaciones de estas proyecciones en conjunto con el incremento en la esperanza de vida deben ser analizadas en el contexto de la actual situación de los derechos y salud de las personas mayores que abordaremos en la sección final del presente ensayo.

## **Feminidad de la población**

La pirámide poblacional ilustra además la composición de la población por sexos representada en la razón de sexos (por 100) (o índice de feminidad). Entre los dos años de referencia se percibe que la población ecuatoriana continúa teniendo un componente femenino ligeramente mayoritario, 50.5% de mujeres respecto a 49.5% de hombres, dando como resultado una razón de sexos superior a

100. La razón de sexos incrementó ligeramente de 101.2 a 102, situación que se refleja el incremento mayor de la esperanza de vida de las mujeres respecto a la de los hombres en el período intercensal. Sin embargo, podremos observar los marcados diferenciales en la razón de sexos entre áreas geográficas que se explican principalmente debido a la migración interna e internacional en el análisis a continuación. Estas tendencias, avizoran cambiantes presiones demográficas a futuro en el sector de educación (por el descenso en la población joven), necesidad de ampliación de las plazas de empleo (por el incremento en la población económicamente activa), y necesidad de ampliación de la cobertura de seguridad social (por el incremento proyectado en la población de adultos mayores). No obstante, estas tendencias generales deben ser analizadas de acuerdo a las necesidades diferentes en las áreas urbanas y rurales, que atraviesan situaciones muy distintas en cuanto a las necesidades específicas de su población.

### **Evolución de la estructura de la población por áreas**

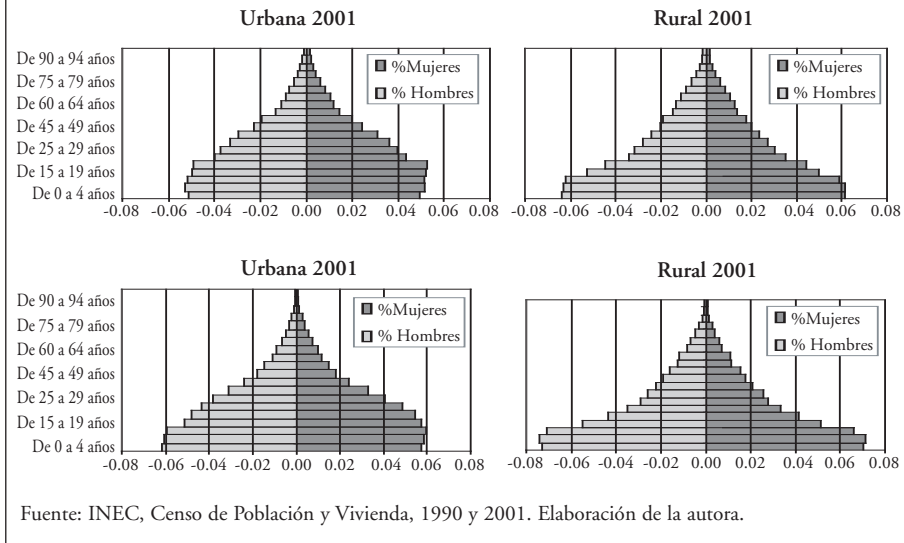
El gráfico 2 ilustra los cambios en la composición de la población de las áreas urbanas respecto a las rurales en el período 1990-2001<sup>4</sup>. En primer lugar, respecto a la distribución de la población por áreas, casi la totalidad de provincias con una importante incidencia de población indígena son rurales en más del 50% de su población. Estas provincias incluyen Napo, Morona Santiago, Chimborazo, Pastaza, Orellana, Imbabura, Cotopaxi, Bolívar, Cañar, Tungurahua, Zamora Chinchipe y Sucumbíos (SIISE, 2003). A nivel nacional, de acuerdo al censo de 2001 el 6.6% de la población ecuatoriana habla una lengua nativa o se autodefine como indígena, el 5% se autodefine como afro-ecuatoriano, el 2.3 % como negro, y el 2.7% como mulato. No obstante, de acuerdo a la encuesta de medición de indicadores de la niñez a nivel de hogares (EMEDINHO, 2000), los miembros de 16.4% de los hogares se autodefinen como indígena o hablan o hablaban una lengua indígena (SIISE, 2003). Cabe indicar, además, que aunque la población pobre se concentra hoy por hoy en las ciudades, 86% de la población indígena en el área rural es pobre (UNFPA-CONAMU, 2003). Discutiremos más sobre indicadores de pobreza en las reflexiones finales de este trabajo.

---

4 Áreas urbanas se refieren a los "asentamientos o núcleos urbanos que son capitales provinciales y cabeceras cantonales o municipios, sin tomar en cuenta el tamaño. Las áreas rurales incluyen las cabeceras parroquiales, otros centros poblados, las periferias de los núcleos urbanos y la población dispersa" (SIISE 2004)

**Gráfico 2**

**Evolución de la composición de la población rural y urbana**



Refiriéndonos ya a la estructura poblacional, en el área rural se observa un cambio en la forma de la pirámide similar al de la población total, marcada por un descenso en las tasas de fecundidad –a un ritmo mucho menor que en las áreas urbanas– lo que repercute en el ensanchamiento de las edades productivas en la pirámide. No obstante, las pendientes pronunciadas de la población en la edad de trabajar se reflejan en el abultamiento en estas mismas edades en las pirámides urbanas. Esta situación ilustra la tendencia de un acelerado proceso de urbanización marcado por la migración urbano-rural, que tomó fuerza en el país a partir de los años setenta, a raíz del crecimiento económico impulsado particularmente por el *boom petrolero*. Es así que en 1950, la población rural constituía las tres cuartas partes del total; sin embargo, hoy representa un poco menos del 40% (INEC, 2001; CEPAR, 2004). De hecho, las tasas de crecimiento poblacional en el área urbana han crecido desde esa década y hoy son mucho mayores allí donde la población crece a un ritmo anual de 3% respecto a la rural que crece solo a un ritmo de 0.85% (SIISE, 2003). De acuerdo a las proyecciones realizadas a nivel regional, esta tendencia se revertirá en este milenio en concordancia con los pasos hacia etapas más avanzadas de transición demográfica (Wong, 2001). Los dos polos principales de atracción de la población son Guayaquil y Quito, que sumadas constituyen el 24 % del total de la población ecuatoriana, y el 51.4% de la población urba-

na a 2001<sup>5</sup>. El hecho que la población urbana se concentre en dos localidades, a su vez explica que la mayoría de provincias del país sean predominantemente rurales, aunque la población urbana haya mostrado un incremento relativo en todas ellas en la última década (SIISE, 2003). Un reflejo de esto es el hecho que el 71.2% de la población ecuatoriana vive en asentamientos con densidades poblacionales de 119 habitantes por km<sup>2</sup> en promedio, mientras que cerca del 30% restante habita en lugares con densidades inferiores a 20 habitantes por km<sup>2</sup>. Es decir, se percibe una sobrepoblación en las áreas urbanas respecto a las rurales, que están ampliamente despobladas.

### *Migración*

Las tendencias de migración interna joven determinan que el área rural se encuentre poblada mayoritariamente por niños y personas adultas de edades avanzadas como lo evidencia la forma de la pirámide rural 2001. Las pirámides demuestran, además, las diferencias marcadas entre los comportamientos migratorios entre hombres y mujeres. Notamos que la migración interna es particularmente femenina y ocurre en edades tempranas alrededor de los 15 a 20 años de edad, reflejado en la forma trapezoidal de la base de la pirámide urbana 2001. Esta situación concuerda con una tendencia histórica de migración de mujeres jóvenes hacia las ciudades para trabajar en servicios domésticos (Herrera, 2001). No obstante, en las edades de 20 a 30 años observamos nuevamente un salto en la escalera tanto femenina como masculina de la pirámide urbana correspondiente a 2001, que es explicable únicamente por el recorte en esos grupos de edad debido a los elevados niveles de migración internacional.

Si bien los impactos sociales de la migración internacional son abordados en el artículo de Cristina Carrillo de este tomo, ofrecemos aquí un ejercicio que evidencia la magnitud de la migración internacional para la población de edades entre 20 y 45 años durante la década de los noventa<sup>6</sup>. La estrategia planteada consiste en mirar los cambios en el volumen de la población total como consecuencia del impacto de la mortalidad, medido por las razones de supervivencia –cuya utilidad y metodología se explica a continuación–. Se asume que cual-

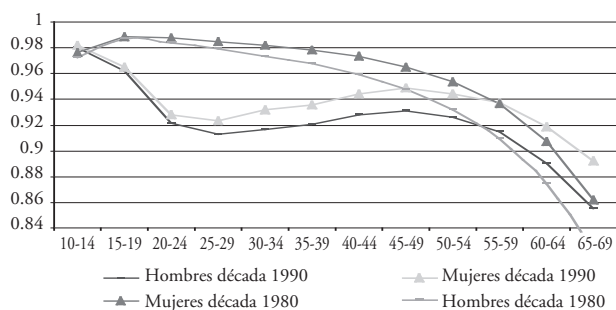
---

5 Es importante notar que las provincias Amazónicas y Galápagos le siguen a Guayas y a Pichincha en cuanto a la atracción de la población hacia esos lugares. En particular la población en Galápagos durante la década casi se duplicó, lo que constituye una presión demográfica que atenta sobre su equilibrio ecológico (SIISE, 2003).

6 Si bien el CENSO de 2001 proporciona información más específica acerca del fenómeno de la migración, este ejercicio pretende aportar con un análisis desde la demografía prestando atención al comportamiento de la migración por sexos en un período de 10 años. La novedad de este análisis resta en que logra proveer un panorama sobre la migración internacional a partir de un análisis de mortalidad, como el factor que junto con la migración explican las reducciones en el volumen de población.

quier descenso en el volumen de la población que no se explique por la mortalidad, encuentra lógica únicamente en salida de personas hacia el exterior. Para evidenciar las diferencias en los patrones migratorios, se hará una comparación entre el comportamiento de los sobrevivientes las décadas de los noventa y los ochentas, época en la que existía migración externa en el país, pero no en la magnitud en la que sucedió en 1990. Para ello, es necesario mirar las variaciones entre las razones de sobrevivientes en ambas décadas. La razón de supervivencia para la década de los ochenta se calcula haciendo el cociente entre la población de 10 a 14 años en el año 1990 y la población de 0 a 4 años en el año 1980. El resultado es el porcentaje de sobrevivientes en un período de 10 años de la población total en ese grupo de edad. Se realiza el mismo procedimiento para los demás grupos de edad de la población total, y luego de la población masculina y femenina para observar las diferencias por sexo. Los cocientes esperados para cada grupo de edad son siempre menores que uno, ya que a medida que la población envejece, el número de supervivientes en un grupo de edad X como porcentaje del grupo de edad X 10 años atrás, siempre será menor, porque algunos murieron o en su defecto porque salieron del país. No obstante, como observamos anteriormente, las tasas de mortalidad a lo largo de los grupos de edad son relativamente constantes, lo que nos indica que un salto drástico en los cocientes de supervivencia a niveles muy bajos es una evidencia de que esos grupos de edad experimentaron migración internacional.

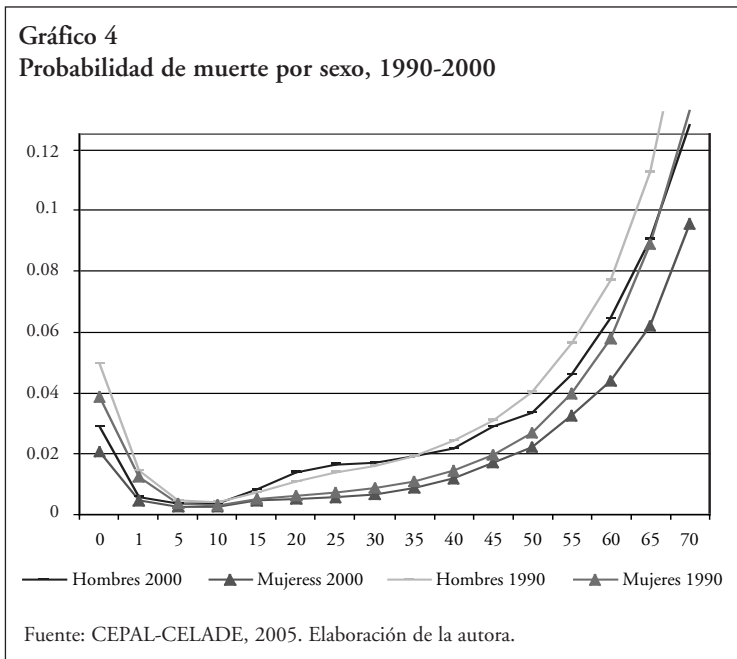
**Gráfico 3**  
Razones de supervivencia por grupos de edad y sexos, 1980 y 1990



Fuente: CEPAL-CELADE, 2005<sup>7</sup>. Elaboración de la autora.

7 Aunque los resultados presentados por los censos de 1990 y 2001 son los más exactos, por motivos metodológicos se usaron las estimaciones de la CEPAL-CELADE debido a que, para realizar correctamente el ejercicio, se necesitaban los datos para un período exacto de 10 años.

Ese salto drástico en las razones de supervivencia en los grupos de edad entre 20 y 45 años es un fenómeno que distingue claramente la década de los ochenta y de los noventa, como lo ilustra claramente el gráfico 3. Por un lado, vemos que en la década de los ochenta, hombres y mujeres presentan un comportamiento de mortalidad *normal* a juzgar por el descenso constante de las razones de supervivencia a medida que la población avanza en edad. No obstante, las curvas de la década de los noventa presentan un descenso abrupto en las edades de 20 a 45 años. En general, para todos los grupos de edad, de no haber un fenómeno migratorio importante, deberíamos esperar que las curvas de supervivencia de la década de los noventa se ubiquen por encima de la de los ochenta, en concordancia con el incremento en la esperanza de vida de la población en la década de los noventa. De este razonamiento se deduce que el área entre las curvas de supervivencia 1980 y 1990 entre los grupos de edad 20 a 45 años representa: o un incremento en los niveles de migración internacional, o un cambio radical en los patrones de mortalidad en la década de los noventa respecto a la de los ochenta para esas cohortes. Para comprobar a cual de estos dos factores atribuir este diferencial, el gráfico 4 ilustra los comportamientos de mortalidad en los años culminantes de las dos décadas que analizamos, es decir 1990 y 2000, a través de las probabilidades de muerte, en estos dos años, por sexos.





Vemos que las curvas de la probabilidad de muerte del año 2000 se ubican por debajo de las de 1990, evidenciando el incremento en la esperanza de vida para estos dos grupos. No obstante, sus patrones –vistos en su forma– son muy similares, excepto por un ligero incremento en las muertes masculinas en edades de 15 a 25 años en 2000 respecto a 1990 que discutiremos enseguida. Al comprobar que los patrones de mortalidad por grupos de edad han permanecido constantes, podemos concluir que efectivamente, el diferencial entre las razones de supervivencia de los ochenta y los noventa es atribuible a un fenómeno importante de migración internacional que se manifestó con fuerza en la población de edades 20 a 45 años hacia la mitad y se pronunció hacia el final de la década de los noventa. Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, en concordancia con los diferenciales en la esperanza de vida entre sexos, la curva de mortalidad de los hombres en 1990 se ubica por encima de la de las mujeres (y por ende su curva de supervivencia se ubica por debajo) dando cuenta de una menor probabilidad de supervivencia masculina. No obstante, el incremento de la mortalidad masculina de 15 a 25 años en 2000 puede explicar el diferencial que se presenta en esas edades en las curvas de supervivencia de la década de 2000 y que como ya analizamos, nos indican que esas edades protagonizaron migración internacional. Esto nos conduce a concluir que en efecto, al descontar esta mayor tendencia de la mortalidad masculina en 2000 respecto a 1990, la migración internacional masculina y femenina es relativamente pareja<sup>8</sup>. En la sección siguiente se profundiza el análisis sobre mortalidad.

### *Mortalidad*

De la misma manera que la fecundidad, las tasas de mortalidad general en el Ecuador iniciaron un descenso consistente hacia 1960, desde 13.8 muertes por mil habitantes. En 1990 se ubicó en 4.9, y descendió hasta 1995 donde se estabilizó en un nivel de 4.5 muertes por mil habitantes hasta 2001. Esta estabilización del nivel de la mortalidad en el Ecuador se explica en gran parte por las variaciones en el volumen de población –denominador del indicador de mortalidad general– como consecuencia del proceso de migración internacional que se aceleró en el país hacia la mitad de la década, como ya analizamos. No obstante, si miramos la mortalidad general del país en relación a las tendencias en las tasas de mortalidad infantil, éstas también manifiestan un estancamiento hacia la mitad de la década de los noventa y un ligero incremento hacia 1999 lo que refleja los períodos de recesión y profundización de la crisis

---

8 Este análisis fue un ejercicio del Seminario de Demografía dictado por la profesora Laura Wong, en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-Sede Ecuador, diciembre 2004.

económica que experimentó el Ecuador en esos años. Al igual que con la fecundidad, las mortalidad se manifiesta en niveles distintos en áreas urbanas y rurales del país, y en provincias con población predominantemente indígena. Así, las tasas de mortalidad general en provincias con gran incidencia de población indígena como Chimborazo, Cotopaxi, Bolívar, Imbabura y Tungurahua oscilan entre 7 a 10 muertes por mil habitantes, el doble del promedio nacional (SIISE, 2003).

El descenso del número de muertes en el Ecuador encuentra lógica en el cambio del perfil de la mortalidad de la población, que se ha producido debido a la ampliación de los servicios de salud y acceso a servicios básicos, acorde al comportamiento general en América Latina. Esto deriva en gran parte de una mayor eficacia en el tratamiento de afecciones biológicas prevenibles, sobre todo relacionadas al sistema respiratorio y digestivo. En este sentido, a 2002 ya no constan como las principales causas de muerte las enfermedades infecciosas intestinales como la diarrea o la gastroenteritis ni las enfermedades respiratorias como la bronquitis, el enfisema y el asma, que eran en 1990 la segunda y la sexta principales causas de muerte, respectivamente. Más aún, la mejora general en las condiciones de saneamiento refleja el hecho de que tampoco consta la tuberculosis en la lista de 2002, que era en 1990 la octava causa de muerte en el país. No obstante, el hecho de que la neumonía ocupe todavía un lugar importante como causa de muerte en 2002 es un indicativo de que aún hay rezagos de un perfil de mortalidad tradicional en el país (SIISE, 2003), que se manifiesta con fuerza en las áreas rurales y en zonas con población mayoritariamente indígena. Analizaremos esta situación en detalle más adelante cuando se describan las tasas de mortalidad infantil.

Al hacer una diferenciación por sexo, el perfil de la mortalidad de los varones se distingue al de las mujeres, básicamente, porque a partir de la adolescencia ellos están expuestos a causas relacionadas con determinantes socio-culturales como son los accidentes de tránsito y las agresiones. Estas dos causas están entre las cinco principales de muerte masculina en general. Más aún, a lo largo de la década se ha percibido un incremento en la mortalidad masculina en edades jóvenes, como lo indican los mayores índices de feminidad en esas edades (ver gráfico 4), precisamente debido a una mayor exposición de ellos, estos factores actualmente representan las dos principales causas de muerte en jóvenes hombres. No obstante, la muerte en mujeres jóvenes encuentra sus mayores causas a riesgos reproductivos (como el embarazo, el parto y la anemia vinculada al embarazo) el suicidio y el homicidio (CEPAR-INEC-UNFPA, 2003). Discutiremos las tendencias de mortalidad y morbilidad materna en la sección sobre salud de las madres y las políticas.

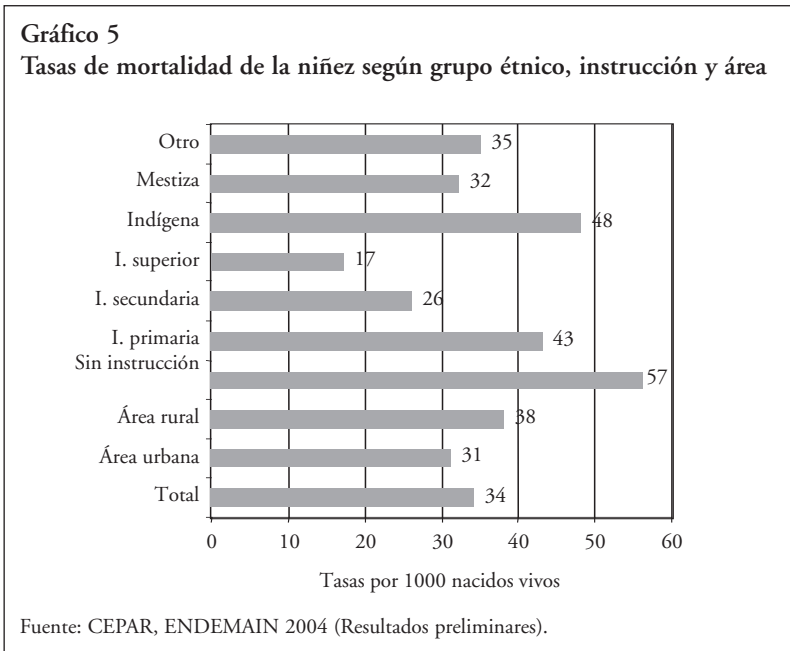
En la línea de análisis de mortalidad por edades, los nacimientos masculinos superan los femeninos, de acuerdo a un patrón histórico. Sin embargo, su menor esperanza de vida al nacer determina que en sus primeros años, los varones mueran más en relación a las niñas. Hasta llegar a la adolescencia, la mortalidad afecta de igual manera a ambos sexos, y en este momento el perfil cambia drásticamente, como observamos arriba debido a las distintas causas de muerte que afectan a adolescentes hombres y mujeres. Así, mientras la diferencia en el porcentaje de muertes de hombres y mujeres en el grupo de 1 a 14 años es de tan solo 0.8 %. Las muertes masculinas en el grupo de 15 a 49 años alcanzan un 27% del total de la mortalidad, superando al de las mujeres por 20.3 puntos porcentuales (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 2002). En edades de 50 años en adelante las razones de muerte por sexos se tienden a igualar, y en edades avanzadas la supervivencia femenina prima (lo que se traduce en mayores tasas de mortalidad) en concordancia con su mayor esperanza de vida respecto a la de los hombres.

Aún más que la mortalidad general, la tasas mortalidad infantil son indicadores de la salud —en particular de salud materna— y de la situación socio-económica de las localidades, pues reflejan las condiciones del entorno al que se expone la población en sus edades más tempranas. En las últimas décadas ha habido un descenso significativo en las tasas de mortalidad infantil y de la niñez. En efecto, la tasa de mortalidad neonatal (0 a 1 mes) decreció de 11.7 muertes por mil nacidos vivos en 1991 y se estabilizó en 9 hacia 1997. Sin embargo, hacia 2001, la tasa ascendió a 9.3 muertes por cada mil nacidos vivos (SIISE, 2003). Paralelamente, las tasas de mortalidad infantil (menores de un año) también han descendido a lo largo de la década desde 25.1 en 1993 hasta 17.6 en 1999. Sin embargo, durante el año 1999 en que la crisis económica afectó fuertemente las condiciones de vida de la población, la tasa sube un punto para luego descender nuevamente a 17.3 muertes por mil nacidos vivos (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 2002). Por su parte, las muertes de niños menores de cinco años se redujeron de 41 por mil nacidos vivos en 1990 a 27 en 1998. No obstante, las tasas se estabilizaron en los últimos 6 años y hoy oscilan entre 27 y 34 muertes por cada mil nacidos vivos de acuerdo a distintas fuentes (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 2002; CEPAR, 2004). Estos cambios son el resultado del acceso ampliado y una mejora en la tecnología de los servicios de atención materna, y en general a una mejora en la cobertura de los servicios básicos (ver sección sobre salud de las madres). No obstante, persisten tasas altas y es preocupante que estas se hayan estancado en los últimos años. De hecho, en comparación con otros países en Latinoamérica, el Ecuador es el sexto país con la más alta tasa de mortalidad en la niñez, seguido por Bolivia y el Perú. Haití presenta la tasa más alta que supera las 100 muertes por mil nacidos vi-

vos y el más bajo es Cuba con la menor tasa –9 por mil nacidos vivos– (UNICEF, 2004; CELADE-UNFPA, 2004).

Las aún elevadas tasas de mortalidad infantil son consistentes con el perfil de las muertes de los niños que todavía encuentra causas en enfermedades prevenibles relacionadas con el sistema digestivo y el sistema respiratorio. De hecho, a 2002, entre las seis principales causas de mortalidad infantil y de la niñez se encuentran en segundo lugar la neumonía y otras afecciones respiratorias, y en sexto lugar la diarrea y gastroenteritis. Más aún, dentro de las diez primeras causas, está la desnutrición. (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y defunciones, 2002). Como observamos arriba, el comportamiento y el perfil de la mortalidad, en particular la infantil, son un reflejo de la distinta situación que viven áreas urbanas y rurales del país. Estas brechas son el reflejo de la situación en estas áreas respecto a la baja cobertura de servicios básicos de agua y saneamiento ambiental, cobertura de servicios de salud preventivos (como la vacunación o atención prenatal) o curativos como el tratamiento de la neumonía y nivel de escolaridad de las madres (UNICEF, 2004). El gráfico 5 ilustra este hecho.

En el área rural la tasa es de 38 muertes por mil nacidos vivos, superior a la urbana por 9 muertes, mientras que la población indígena presenta una tasa todavía más alta, con 48 muertes por mil nacidos vivos respecto a 32 y 35 en grupos mestizos y de otro origen étnico. Adicionalmente, en zonas predominantemente indígenas la mortalidad infantil es fundamentalmente postnatal, como un indicador de que las deficientes condiciones del entorno sumadas a deficientes hábitos alimenticios son las determinantes de las muertes de los niños. A diferencia de esto, en el área urbana, las muertes son principalmente neonatales reflejando causas relacionadas a trastornos biológicos típicos en edades tempranas de los niños (Entrevista a Luis Rivadeneira, 2004). No obstante, la brecha más amplia se observa en poblaciones de madres con distintos niveles de instrucción. Mientras que entre la población con instrucción secundaria y superior las tasas son de 26 y 17 muertes respectivamente, las muertes de los hijos de madres sin ninguna instrucción ascienden a 57 por mil nacidos vivos. La correlación entre la educación de las madres y la mortalidad infantil es una tendencia que se ha estudiado por algún tiempo y en donde se ha observado además un vínculo adicional entre educación y pobreza especialmente en sectores indígenas. De ahí que las tasas de mortalidad en esta población sean sumamente altas (UNICEF, 2004).



### Oportunidades de acción en torno al bono demográfico

La estructura y la dinámica poblacional revelan altas variaciones en el comportamiento de las diversas variables analizadas. Ello obliga a pensar sobre las oportunidades a partir de los cambios demográficos que deben aprovecharse para que las políticas que se implementen hoy se traduzcan en un mejoramiento de la calidad de vida de la población en el mediano y largo plazo. Como hemos visto, a lo largo de la década de los noventa el Ecuador ha experimentado cambios importantes en las dinámicas de sus distintos grupos poblacionales, resultado de un proceso de transición demográfica que empezó hacia los años setenta. En este contexto, el punto de partida para la formulación de políticas, planes y programas sociales deben ser, precisamente, las formas y necesidades cambiantes que presentan los distintos grupos de población, tomando en cuenta que una población de calidad, no necesariamente de menor número, es el recurso más importante que posee un país para su desarrollo (entrevista a Luis Rivadeneira, 2004). El resultado de esos cambios en este momento de la historia del país es el “bono demográfico” que se refiere a las menores cargas que le implican al país un número decreciente de niños, una población anciana todavía pequeña, a la par del crecimiento relativo de la población en edades productivas, la misma que hace 40 años se incorporó con intensidad al volumen etareo debido a las altas tasas de fecundidad.

La oportunidad para fomentar el crecimiento económico en el país reside en generar, con urgencia, plazas de empleo en particular en el sector formal para este creciente grupo poblacional que está intentando insertarse al mercado laboral. No obstante, lo que determina una alta productividad son los niveles de calidad de la fuerza de trabajo que derivan de mayores niveles de educación, un factor que no caracteriza, precisamente, a la fuerza laboral que hoy se está insertando al proceso productivo.

En este sentido, a la par de la generación de trabajo, es imprescindible insistir en políticas que provean oportunidades para mejorar la cobertura y calidad de la educación y la salud de la población todavía importante de niños y aún mayor de jóvenes adultos. Como hemos visto, la población del Ecuador es aún mayoritariamente joven, y esta composición es más fuerte en sectores donde las tasas de fecundidad son aún altas, como es el caso del área rural, la población sin instrucción y la población indígena y de otros grupos étnicos. Por lo tanto, la prioridad debe orientarse hacia acciones que promuevan una educación de calidad conjuntamente con la generación de empleo en estas zonas. Estas se presentan como una condición para que el crecimiento demográfico aun elevado no se convierta en un elemento básico de reproducción de la pobreza.

Paralelamente, en el largo plazo se proyectan cambios importantes en la composición de la población adulta, un sector que, actualmente, sufre circunstancias extremas de violación de sus derechos a tener una vejez digna (ver sección sobre salud y derechos de las personas mayores).

Hoy por hoy, la población ecuatoriana tiene una cobertura de seguridad social extremadamente baja, y conforme avanza el proceso de envejecimiento, el sistema corre el riesgo de desmoronarse por falta de aportes. En este sentido es urgente insistir en una modificación de los parámetros y trabajar por la eficiencia del sistema de seguridad social paralelamente a las políticas de empleo.

Para cerrar esta reflexión, es interesante analizar el caso ecuatoriano a la luz de la experiencia latinoamericana en comparación con la de los países del sudeste asiático, una región con la que compartimos similitudes en cuanto a ciertos aspectos de nuestra historia económica y demográfica. La diferencia que marcaron en estos países las políticas de educación en la época que iniciaron la transición demográfica, fueron sus resultados en cuanto a mayores niveles de productividad y de desarrollo tecnológico en esos países. En última instancia sus políticas de inversión en educación fueron la clave para promover un desarrollo basado en la atención a las necesidades y a los derechos humanos de su población, que trajeron como consecuencia mayores niveles de ingresos para sus países. Esta actitud de “pensar en el largo plazo” (ODEPLAN, 1999) fue un elemento para el cambio de la evaluación negativa que se hacía del crecimiento demográfico, a uno que toma en cuenta la importancia y los efectos positivos de una estrategia de población enfocada en la inversión del capital humano.

En la sección a continuación, veremos otros elementos que determinaron ese cambio de enfoque a la luz de un análisis de la experiencia de la transición demográfica en Latinoamérica en un contexto internacional, y cuales son las implicaciones de esos cambios para las mujeres.

## **La fecundidad en el Ecuador desde una perspectiva comparativa**

La transición demográfica en el Ecuador, marcada fuertemente por el descenso en la fecundidad, se enmarca en una tendencia Latinoamericana similar a la de países en desarrollo como Tailandia o Corea del Sur. Estos países experimentaron un proceso sumamente distinto al de los países industrializados ya que su transición demográfica tuvo un comportamiento drástico, marcado fuertemente por el descenso pronunciado de sus tasas de fecundidad a partir de los años setenta. Mientras, en países desarrollados como Suecia o Inglaterra, las tasas de fecundidad descienden desde inicios de siglo y niveles más bajos, es decir, aproximadamente de 3 a 5 hijos por mujer.

En cambio en Latinoamérica este descenso ocurrió únicamente y de manera acelerada a partir de los años setenta desde aproximadamente 7 hijos por mujer. El principal factor al que se atribuye este cambio fueron las políticas de planificación familiar impulsadas en estos países en esta época. En efecto, hacia 1969 “casi todos los países latinoamericanos tuvieron, como parte de los programas de salud materno-infantil, servicios de planificación familiar adscritos a los Ministerios de Salud, o asociaciones privadas de planificación familiar...” (Naranjo, 1992). Estas políticas se enmarcaron en una preocupación internacional derivada de la visión neo-Maltusiana-, que relacionaba al acelerado crecimiento de la población mundial y en particular la de los países en vías de desarrollo como una amenaza a la estabilidad ambiental del planeta y como un factor asociado al subdesarrollo (Keysers, 1993). Esta visión presentaba al crecimiento demográfico como un problema cuya solución eran políticas verticales de control natal, en la que las mujeres eran el medio para lograr ese fin. El discurso cambió a raíz de la conferencia sobre población en El Cairo, hacia un enfoque del derecho de las mujeres y de los hombres al control sobre su sexualidad y la libertad en cuanto a preferencias reproductivas.

En el Ecuador existen posiciones distintas acerca de cuál fue realmente el enfoque alrededor de la oferta de planificación familiar que se dio hacia el año 1970, y que estuvo marcado por una intervención técnica y financiera internacional (Naranjo 1992: 28) como se constata en el Anexo 1. El cambio de discurso y el reconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos se dieron en el país sólo hacia el final de la década de los noventa, y en la práctica aún no se llega a

plasmar este enfoque, como veremos en la sección de salud materna y políticas. Tal vez este retardo en la propuesta de políticas desde un enfoque de los derechos se explique por el hecho del descenso pronunciado y rápido de la fecundidad en nuestros países motivado por ciertas políticas, lo que se diferencia del proceso largo y lento de descenso en los países desarrollados y lo que posibilitó una mayor capacidad de ajuste a esas variaciones. En este sentido, es necesario considerar y cualificar el impacto de los factores sociales que han influido en el comportamiento reproductivo de las mujeres antes de usar las tasas de fecundidad en el país y en general en Latinoamérica como un indicador de éxito. A la par que otros indicadores como la esperanza de vida, la fecundidad se ha usado en este sentido para comparar los niveles de desarrollo humano entre países sin tomar en cuenta las condiciones en las que se producen esos cambios, que como hemos visto obedecen a procesos muy distintos en países del norte y en los nuestros.

A la luz de estas consideraciones, es preciso reflexionar acerca de las maneras en las que la inserción de las mujeres en procesos como la globalización y la urbanización, en la que –como ya analizamos– las mujeres tienen una participación importante en cuanto a migración interna e internacional. En efecto, estos procesos han estimulado cambios importantes en los patrones reproductivos de las mujeres, en términos de nupcialidad, preferencias reproductivas y planificación familiar, con consecuencias no muy esperanzadoras en particular para las adolescentes. En esta sección analizaremos los principales determinantes de la fecundidad, sus tendencias globales y específicas para los grupos de edad, y la evolución de uso de anticonceptivos durante el período 1990-2004. Concluiremos la sección con una mirada a la situación de la fecundidad de las adolescentes y los retos que presenta este grupo poblacional en cuanto a sus derechos y salud sexual y reproductiva.

## Determinantes de la fecundidad

Estudios de la CEPAL sobre la fecundidad en Latinoamérica (Guiomar et al., 2003) han demostrado que las diferencias en la fecundidad se explican principalmente por el incremento en el uso de anticonceptivos, la variación de la nupcialidad, la infecundidad post parto y el aborto inducido<sup>9</sup>. No obstante, en el Ecuador, los dos últimos de esta lista no han tenido un efecto significativo sobre la fe-

---

9 La amenorrea, la abstinencia sexual y la lactancia materna son factores que influyen en la postergación del regreso de la fertilidad después del parto y por tanto, influyen en la fecundidad aunque en menor medida que los factores analizados en esta sección. Por un lado, la amenorrea y abstinencia sexual pos parto en el período 1995 a 1999 no ha variado considerablemente y se mantiene en 8.4 meses, siendo la amenorrea la principal causa debido a una duración mayor que la abstinencia sexual en promedio. Por otra par-



cundidad. En cambio, el uso de anticonceptivos es el determinante fundamental para el descenso consistente en los niveles de fecundidad desde los años setenta. Entre los factores contextuales<sup>10</sup> que se han estudiado a nivel regional de incidencia sobre la fecundidad está la mortalidad infantil, que presenta una relación directa con la fecundidad ya que antiguamente este fenómeno resultaba en la tendencia a reemplazar al hijo que moría. Como ya observamos, la promoción de planes y programas de salud materna e infantil, que en el Ecuador fueron impulsados a partir de los años ochenta, también han incidido en el descenso de la mortalidad infantil y por ende en los niveles de fecundidad. Además, los niveles de instrucción de las mujeres y de los varones son factores claves que inciden en el descenso de la fecundidad.

Por otra parte, se ha observado que los grados de urbanización inciden en las edades de inicio de la nupcialidad, pero más significativa que esta variable es actualmente la edad de inicio de la actividad sexual, que como veremos está marcada por el factor de la urbanización y el nivel de instrucción de las mujeres. Los estudios mencionados han determinado una nueva categoría de específica para el cambio en los patrones de fecundidad denominados “no convencionales” que incluyen la globalización, las cuestiones de género, el empoderamiento de la mujer, y el acceso de la mujer al mercado de trabajo, cuyas dinámicas constituyen actualmente un área importante de investigación (Guiomar et al., 2003).

Por otra parte, poco se conoce acerca de la fertilidad en las mujeres, que a diferencia de la fecundidad (hijos nacidos vivos) se refiere al período en que ellas están en capacidad de tener hijos, y que ocurre desde la menarquia (primera menstruación) hasta el final del período de ovulación. La fertilidad de las mujeres es un factor que se da por sentado en el análisis del comportamiento reproductivo de las mujeres. No obstante, es una variable que ha sufrido importantes cambios en los últimos cuarenta años, especialmente en lo que se refiere a la aceleración del inicio de este período, es decir de la primera menstruación. Los factores que generalmente se asocian con este inicio temprano son el mejoramiento

---

te, el período de lactancia materna también influye en este sentido, y en el Ecuador esta es una práctica generalizada aunque se ha incrementado en las dos décadas, desde 1982 en un 89 % de los hijos recibieron lactancia materna al menos alguna vez y en 1999 este indicador alcanzó el 97 %. Sin embargo, estudios a nivel regional han determinado que la lactancia no se puede considerar un método eficaz para inhibir la fertilidad (Guiomar et al., 2003). En conjunto con las variables analizadas en esta sección, estos factores han influido en una tendencia creciente de espaciamiento entre nacimientos en concordancia con el descenso de los niveles de fecundidad, que en 1999 se ubicó para el 70% de los nacimientos en 5 años entre uno y otro nacimiento (CEPAR, ENDEMAIN, 1999).

10 Las variables identificadas por la CEPAL son factores biológicos y de conducta denominados determinantes próximos, o variables intermedias, a través de los cuales variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad. Estos últimos son denominados determinantes contextuales que tienen que ver con factores socio-económicos, y que actúan indirectamente en los comportamientos reproductivos de las mujeres.

to en la calidad de vida, niveles de saneamiento ambiental y especialmente el mejoramiento de la nutrición de las mujeres (Entrevista a Laura Wong, 2004 y a Susana Guijarro, 2004). No obstante, un factor que ha salido recientemente a la luz a raíz de estudios en mujeres estadounidenses es la incidencia de la contaminación ambiental en tendencias alarmantes de madurez sexual temprana. Estudios han observado que las menstruaciones tempranas son provocadas por la exposición a compuestos químicos que alteran las hormonas, en particular estrógenos que se encuentran en el ambiente en la forma de bifenilos policlorinados y polibrominados mejor conocidos como PBBs y PCBs (MacKeen, 2001). Más aún, estos estudios han comprobado que la pubertad temprana tiene efectos médicos laterales negativos en la vida de las mujeres a edades más avanzadas, particularmente porque incrementan el riesgo de cáncer de ovarios y mamas, como también la menopausia temprana (MacKeen, 2001).

Estos compuestos químicos fueron ampliamente usados en la década de los setenta en los Estados Unidos, y se piensa que aún siguen en el ambiente. Estos datos nos conducen a reflexionar sobre los efectos de la contaminación ambiental en la salud reproductiva de las mujeres que viven en zonas altamente contaminadas del Ecuador, como es el caso de varias provincias de la Amazonía, y la provincia de Esmeraldas, así como en áreas bananeras y de uso masivo de DDT. Un indicio de este fenómeno a nivel nacional puede ser el hecho de que el 11.1% de todas las jóvenes en edades de 15 a 24 años tuvieron su menarquia a los 11 años o menos (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). Estas reflexiones constituyen también un desafío para los investigadores sobre la relación entre los factores ambientales y sus efectos la pubertad temprana en el Ecuador.

Retomando el tema de la fecundidad, a continuación se analizarán las tendencias de la fecundidad global y específica por grupos de edad en el Ecuador, en conexión con los comportamientos y preferencias reproductivas de las mujeres, para concluir con una mirada a la situación de las adolescentes en el Ecuador en relación a su fecundidad.

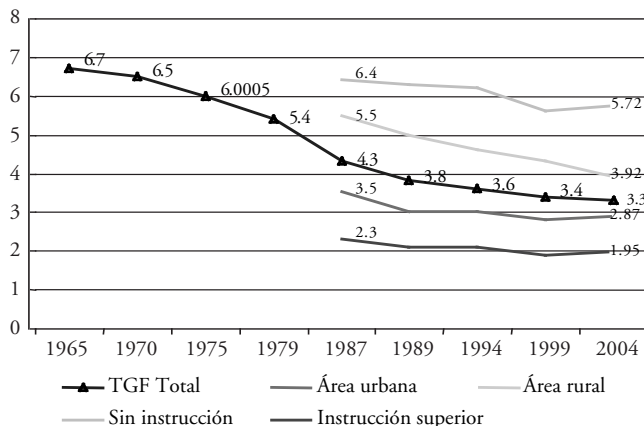
## **Tendencias de la fecundidad global y específica**

El gráfico 6 ilustra la tendencia sobre la que hemos reflexionado, es decir, el descenso del nivel de fecundidad global para todos los grupos de edad desde 1970. No obstante, se observa que esta tendencia comenzó a desacelerarse hacia finales de la década de los ochenta y en los noventa los niveles tienden a estabilizarse. En efecto, de acuerdo a las proyecciones, para 2004 se esperaba un descenso mayor (en torno a los 2.8 hijos por mujer) para el período 2000 a 2005, y que se estabilizaría en 2.1 desde 2025. Sin embargo, a 2004 la tasa global de fecundi-

dad (TFG)<sup>11</sup> alcanzó un nivel de 3.3 hijos por mujer en edad fértil. Esta tendencia se explica por la estabilización y el ligero ascenso de las TGF de las mujeres en el área urbana, de las mujeres con niveles de instrucción superior, y sobre todo por el ascenso en las TGF de mujeres sin instrucción en el período 1999 a 2004. En cambio, la tendencia de la TGF decreciente es pronunciada entre mujeres del área rural que descendió en un 70 % desde 5.5 en 1987 a 3.9 hijos por mujer a 2004. Por otra parte, el gráfico denota que las tasas de fecundidad en el área rural son aún mucho mayores que el promedio nacional y en comparación con el área urbana. A pesar de que se observa una tendencia descendente en las tasas globales de fecundidad en el área rural, en promedio las mujeres que viven en el área rural tienen casi un hijo más que en las mujeres que viven en la ciudad. La estabilización de las tasas de fecundidad y los ascensos percibidos en el período 1999 a 2004, especialmente entre mujeres sin instrucción, requieren una indagación acerca de los factores que inciden en esta reversión de tendencias que han marcado la fecundidad en el Ecuador desde hace ya cuatro décadas.

**Gráfico 6**

**Evolución de la tasa global de fecundidad, 1965-2004**

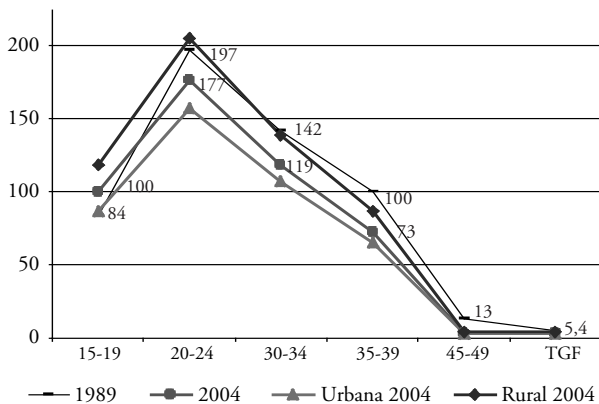


Fuentes: CEPAL-CELADE, 2005; CEPAR, ENDEMAIN, 1999 y 2004 (Resultados preliminares).

11 La tasa global de fecundidad combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y se interpreta como el promedio de hijos nacidos vivos de todos los grupos de edad, si sus comportamientos reproductivos actuales de cada generación se mantuvieran constantes (CEPAR, ENDEMAIN, 1999).

Por otra parte, al analizar las tendencias de la fecundidad por grupos específicos de edad a través de las curvas de fecundidad se puede descubrir cómo ha evolucionado la fecundidad a lo largo de la vida reproductiva de las mujeres. Las tasas específicas de fecundidad muestran el número anual de nacimientos por mil mujeres en edad fértil de cada grupo de edad. La forma de las curvas (ver gráfico 7) son de “cúspide temprana” en el grupo de edad de 20 a 24 años, un indicativo de la naturaleza controlada de la fecundidad en el Ecuador, marcada por el incremento en la prevalencia de uso de anticonceptivos. Se nota una marcada incidencia en la moderación de la pendiente, sobre todo, en las mujeres de 30 años en adelante. En efecto en el período 1989 a 2004 los mayores descensos en el número de hijos lo presentan las mujeres de 35 a 39 años, que bajaron en 27 hijos por mil mujeres, y el grupo de 30 a 35 años que bajó por 23 hijos por mil mujeres. Le sigue el grupo de 20 a 25 años que bajó su tasa de fecundidad por 20 hijos, y finalmente las mujeres de 45 a 49 años que descendieron su fecundidad en 10 hijos por mil mujeres en el período 1989 a 2004. Estas tendencias concuerdan con el descenso de la fecundidad global en la década de los noventa a 2004. No obstante, el único grupo que ha experimentado un incremento en su fecundidad son las mujeres de 15 a 19 años. La fecundidad en las adolescentes ha incrementado de 84 hijos a 100 hijos por mil mujeres en edad fértil, como se observa en el gráfico 7. El punto para el grupo de adolescentes es el único que asciende entre las dos curvas que comparan la fecundidad en 1989 y 2004.

**Gráfico 7**  
Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad  
(por mil mujeres), 1989-2004



Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004 (Resultados preliminares).

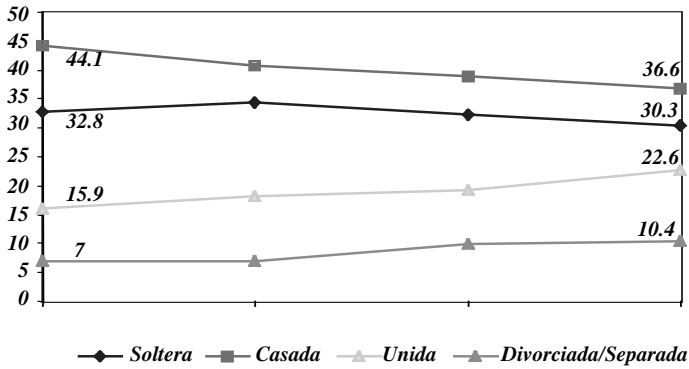
Desde una perspectiva estrictamente demográfica, este incremento en la fecundidad de las cohortes más tempranas no es significativo ya que en promedio desde el año 1985, la contribución a la fecundidad global de los nacimientos en mujeres de edades 15 a 19 años es de 11.3% del total (CEPAL-CELADE, 2005. Entrevista a Luís Rivadeneira, 2004). En otras palabras, el descenso agregado de las otras cohortes de mujeres opaca el incremento que presenta la cohorte adolescente. No obstante, la magnitud del impacto que produce la fecundidad temprana en las vidas de mujeres adolescentes no se puede medir con este indicador, como veremos más adelante.

Aunque las proyecciones indican un escenario esperanzador a futuro en cuanto se estima que las tasas específicas, incluso para mujeres adolescentes, descenderán, estas proyecciones no concuerdan con las estimaciones realizadas particularmente por la ENDEMAIN de 2004, en donde como observamos arriba, los niveles de fecundidad global se han estancado e incluso se perciben incrementos en ciertos grupos poblacionales, en particular los sin instrucción.

## **Tendencias de nupcialidad y comportamiento sexual de las mujeres**

Tradicionalmente, el estado civil de las mujeres es una variable que ha sido tomada en cuenta como un determinante de la fecundidad en base a la suposición de que este acontecimiento marca el inicio de la actividad sexual de las mujeres, y por tanto, una mayor probabilidad de tener hijos. Aunque este sigue siendo un factor importante en este análisis, la influencia del incremento en los niveles de escolaridad de las mujeres y los procesos de urbanización han determinado que las mujeres inicien su actividad sexual antes del matrimonio o la unión, como analizaremos más adelante. No obstante, a nivel regional, la nupcialidad todavía se considera el segundo factor más influyente en la fecundidad en Latinoamérica. Tres factores relacionados con la nupcialidad que inciden fundamentalmente sobre la fecundidad incluyen el porcentaje de mujeres unidas, y su contraparte las solteras, la edad de inicio de la unión y la estabilidad de las uniones representada por el porcentaje de separaciones o divorcios (Guiomar et al., 2003). El primero y el último de estos factores están ilustrados en el gráfico 8.

**Grafico 8**  
Evolución del estado civil o conyugal de las mujeres en edad fértil

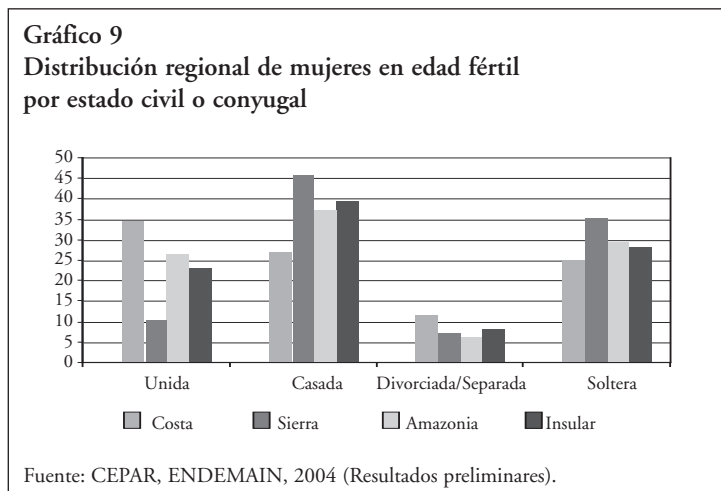


Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 1989, 1994, 1999, 2004.

Como se observa en el gráfico, en el Ecuador se percibe una tendencia a la baja en el porcentaje de solteras, que ha descendido en 3 puntos porcentuales desde 1989 para ubicarse en 30 % en 2004. Este descenso en la proporción de solteras encuentra lógica por el incremento de uniones, que se ubica hoy por hoy en un 22.6 %. En efecto, las uniones han crecido en el mismo porcentaje que los casamientos que se ubican hoy en un 36.6 %. En cuanto al lugar de residencia, la proporción de mujeres unidas es pareja en áreas urbanas y rurales, pero existen más mujeres casadas en el área rural, y entre las que tienen un nivel de instrucción bajo. Por otro lado, el fenómeno creciente de disolución de las uniones es evidente en el hecho de que el porcentaje de divorcios y separaciones se ha incrementado en la última década desde un 7% en 1989 hasta un 10.4% en 2004. Este dato puede complementarse con una tendencia ascendente en la jefatura femenina en los hogares ecuatorianos. Así, mientras que en 1990, este tipo de hogares constituían el 19.8% del total, en 2001 esta cifra se incrementó a 25.4 %, en otras palabras uno de cada cuatro hogares en el país es liderado por una mujer. Además, el incremento de hogares con jefatura femenina fue más significativo en la ciudad alcanzando un 27.7 %, respecto al campo donde se incrementó a 21.5 %. (SIISE 2003). De hecho, hay una diferencia de más del 100% en las proporciones de mujeres divorciadas y separadas en el área urbana (11.3%) respecto a la rural (5.8%).

Aún más que entre áreas urbanas y rurales, las tendencias de nupcialidad en nuestro país presentan diferencias importantes a nivel regional, que son en gran medida determinadas por particularidades culturales, como lo ilustra el gráfico

9. De manera que, a pesar de que el promedio del país presenta un número aún mayor de casadas respecto a unidas, en la región costa se observa un fenómeno inverso. Es así que mientras, en la sierra el porcentaje de mujeres en edad fértil casadas es del 45.8% frente a un 10.2% de unidas, en la costa estas cifras son 35% de unidas frente a un 27% de casadas. Los valores extremos dentro de estas regiones los lleva por una parte Esmeraldas con un 43.6% de unidas frente a un 17.9% de casadas. Por su parte, la provincia de Chimborazo presenta los valores extremos para la sierra con 2.6% de unidas y 54.2% de casadas. Las proporciones más altas de solteras se encuentran en la Sierra y en la Amazonía (35.4 y 29.5 % respectivamente), mientras que la Costa sobresale por la mayor proporción de divorciadas/separadas, con 11.6%.



En lo que respecta a nupcialidad, el Ecuador encaja dentro de la tendencia latinoamericana, que contrasta con nuevos patrones de formación de uniones y de conformación de familias en países desarrollados. En estos países hay una postergación de las uniones, una “mayor presencia de cohabitación, la procreación extramarital, así como el incremento de la disolución de uniones y familias reconstruidas”. Estos patrones se consideran característicos de una segunda transición demográfica (Guiomar et al., 2003). Como vimos, para el Ecuador la única variable que concuerda con esta tendencia es el incremento leve en la proporción de mujeres separadas/divorciadas, sin embargo, este porcentaje sigue siendo bajo.

Continuando con el análisis de los patrones de nupcialidad, los factores más importantes a considerarse son las edades de inicio de la unión y de la primera relación sexual ya que determinan directamente el período de exposición al embarazo (Guiomar et al., 2003). Como muestra la tabla 1, a lo largo de la dé-

cada, en el Ecuador se percibe un rejuvenecimiento de la edad mediana<sup>12</sup> de las relaciones sexuales, ubicándose en 18.7 años en 2004 y en menor medida del nacimiento del primer hijo (21.2 años). La edad mediana de las uniones no presenta una variación significativa durante el período analizado. En efecto, incluso en 1989 esta variable se mantenía en 20.7 años. Sobresale el hecho de que las mujeres sin instrucción presenten la edad mediana más temprana (16.7 años) de ocurrencia de la primera relación sexual entre todas las categorías analizadas. De hecho una brecha de un poco más de 6 años separa a las mujeres con educación superior y las que no cuentan con ninguna experiencia educativa. Se percibe además que las mujeres en áreas urbanas tienen sus primeras experiencias sexuales, maritales y de concepción aproximadamente un año más tarde que las rurales. La ENDEMAIN 2004 ha introducido la variable de composición étnica dentro de la categoría de edades medianas, de la que podemos concluir que las mujeres indígenas y de otro grupo étnico se unen, tienen su primer hijo y su primera relación sexual a una edad ligeramente más joven que las mujeres mestizas.

**Tabla 1**  
Evolución de las edades medianas a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento según área, nivel de instrucción y grupo étnico

Características	Primera relación sexual			Primera unión			Primer nacimiento		
	1994	1999	2004	1994	1999	2004	1994	1999	2004
<b>País</b>	19.8	19.1	18.7	20.7	21.1	20.6	21.5	21.5	21.2
<b>Área</b>									
Urbana	20.3	19.6	19	21.3	21.7	20.9	22.1	22.1	21.7
Rural	19	18.5	18.3	20.1	20.2	20.1	20.7	20.6	20.5
<b>Nivel de Instrucción</b>									
Ninguno	17.3	16.7	16.7	18.6	18.5	18.4	19.8	19.8	19.2
Superior	24.2	23.4	22.3	24.9	25	24.7	26.1	26.1	25.7
<b>Grupo étnico</b>									
Indígena			18.4			20.1			20.5
Mestiza			18.8			20.7			21.3
Otro			18.1			20.2			20.8

Fuentes: CEPAR, ENDEMAIN, 1994, 1999 y 2004 (Resultados preliminares).

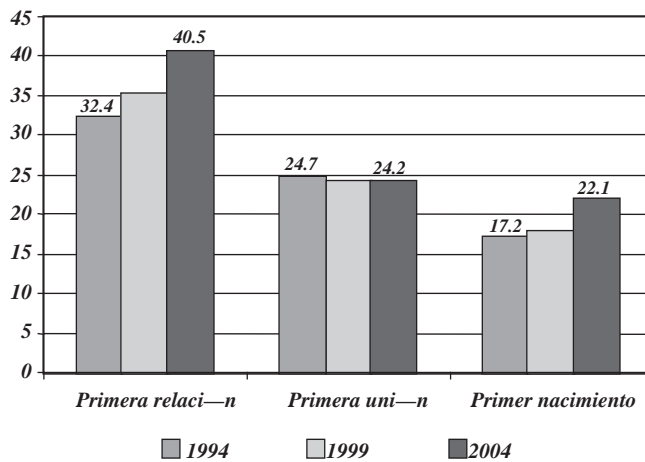
12 La edad mediana se refiere a la edad a la cual la mitad del total de mujeres del grupo de edad ha experimentado el evento (CEPAR, ENDEMAIN, 1999) y se diferencia de la edad promedio en que el indicador de edad mediana no está afectado por valores extremos de las edades más avanzadas que en conjunto aportan en mayor medida a la fecundidad global.



En concordancia con el fenómeno de rejuvenecimiento en las edades de los acontecimientos que marcan el inicio de la vida reproductiva de las mujeres –en particular la primera relación sexual y el primer hijo– se percibe un incremento en las proporciones de mujeres que experimentaron estos eventos antes de los 18 años, como lo muestra el gráfico 10.

**Gráfico 10**

**Evolución de la proporción de mujeres de 25 a 29 años cuya primera relación sexual, primer nacimiento y unión fue antes de los 18 años**



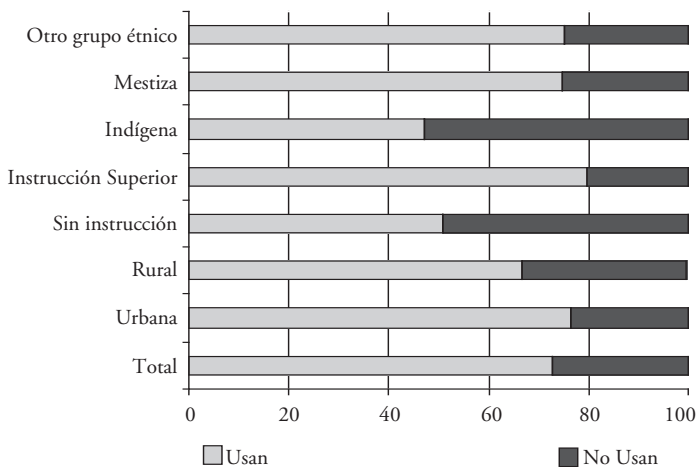
Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 1999 y 2004 (Resultados preliminares).

Como ya comprobamos en el análisis de edades, el porcentaje de uniones a edades tempranas es la única variable que se mantiene relativamente constante e incluso presenta un descenso respecto a las otras dos. No obstante, son notorios los incrementos en el porcentaje de mujeres que inician su vida sexual y su etapa de maternidad a edades tempranas. Esto comprueba la reflexión que hicimos al comenzar la discusión sobre nupcialidad: este evento va perdiendo importancia como determinante del inicio de la vida reproductiva de las mujeres, ya que se percibe un incremento en la proporción de mujeres que llega a ser sexualmente activa y madre antes del matrimonio y la unión.

## Evolución del uso de anticonceptivos en las mujeres

Como ya anticipamos, a nivel regional se ha observado que el incremento en el uso de anticonceptivos es el principal determinante de la transición de altos a bajos niveles de fecundidad. En efecto, en el Ecuador, en 20 años el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se duplicó desde un 33.6% a un 66.3% en 1999, y hoy su prevalencia asciende a 72.7%. No obstante, aunque las mujeres ecuatorianas casi en su totalidad conocen acerca de algún método anticonceptivo con mínimas diferencias entre áreas urbanas y rurales (99% y 91% respectivamente en 1999), persisten brechas amplias en el uso de éstos métodos entre sectores indígenas, mujeres que viven en áreas rurales, y aquellas que tienen bajos niveles de instrucción. Actualmente, la prevalencia de uso en el área rural es de 66.7% 10 puntos menos que en área urbana. Adicionalmente, las mujeres sin instrucción presentaron los niveles más bajos de conocimiento de métodos en 1999 (45.3%), en consecuencia a 2004 el porcentaje de uso en este grupo de mujeres sigue siendo bajo (51%). No obstante, el nivel más bajo de uso de anticonceptivos lo presentan mujeres indígenas (47.2%) como se observa en el gráfico 11. Como veremos más adelante, estas estadísticas son un reflejo de la preocupante situación en cuanto a salud y derechos sexuales y reproductivos en este grupo de mujeres.

**Gráfico 11**  
Uso de anticonceptivos según grupo étnico, instrucción y área



Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004 (Resultados preliminares).

En cuanto a las preferencias de métodos, el gráfico 12 ilustra la evolución de los diferentes tipos de métodos en el orden de mayor uso entre las mujeres en edad fértil<sup>13</sup>. Es evidente que la esterilización femenina, la píldora y el DIU son los métodos preferidos, seguidos por el ritmo, el retiro y la inyección contraceptiva<sup>14</sup>. En este aspecto, el Ecuador encaja dentro del patrón observado en naciones en desarrollo, donde sobresale el uso de la esterilización femenina, y contrasta con los países desarrollados que prefieren los métodos tradicionales (Guiomar et al., 2003)<sup>15</sup>. En efecto, en el período 1995-1999, el 34.8% de las mujeres casadas o unidas en edad fértil estaban esterilizadas; a medida que avanza la edad el porcentaje es mayor. No obstante, el 2.1% de mujeres entre 15 y 19 años y el 12.5% de 20 a 24 años ya estaban esterilizadas al momento de la encuesta. Además el porcentaje de mujeres esterilizadas sin instrucción es mayor que el promedio nacional (47.2%) (CEPAR, ENDEMAIN, 1999).

Una situación alarmante es el bajo porcentaje de uso del condón, aunque se ha incrementado a lo largo de la década: se ubica por debajo de seis alternativas anticonceptivas a pesar de ser la única disponible en el Ecuador para la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA<sup>16</sup>. A esto podemos complementar que más del 60% de las usuarias entrevistadas en la ENDEMAIN 1999 usan anticonceptivos para limitar su familia, un 30% para espaciar los embarazos y únicamente un 7% lo usan por “otras razones” entre las que se incluyen la prevención de las ETS y el VIH/SIDA. Una explicación que provee la misma encuesta es que una razón importante (7.3% de mujeres) para la discontinuación del condón es la oposición de su compañero a su uso. Ello aparece como un indicativo de la persistencia de las desigualdades de género en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales. Cabe señalar que este valor se incrementó desde 1994, cuando solo era 4.7%. Sin embargo, mayor oposición de sus compañeros enfrentaban mujeres que usaban la inyección anticonceptiva (11.1%). Además, persiste la responsabilidad única de la mujer sobre la anticoncepción ya que como ilustra el gráfico 11, seis

---

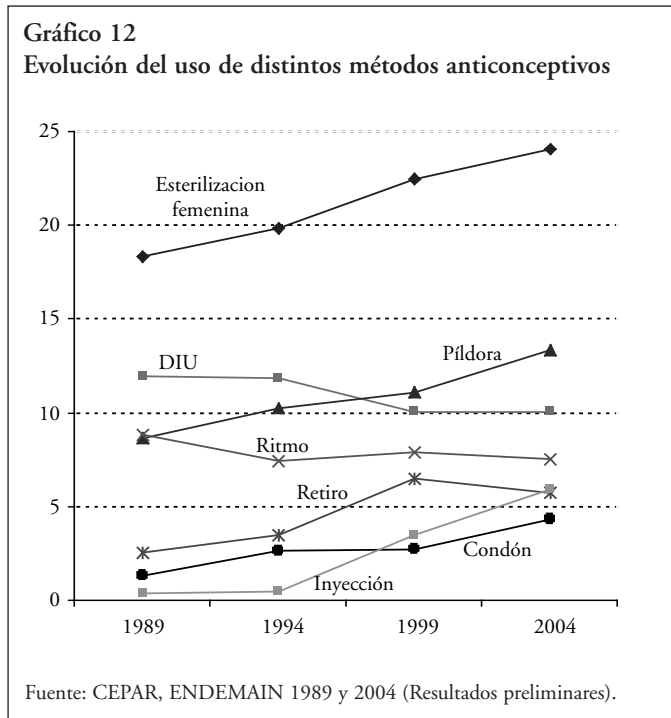
13 Más adelante en la sección sobre aborto se discutirá la situación en torno a la anticoncepción de emergencia.

14 Los métodos vaginales como la espuma, jalea y óvulos, y otros como la esterilización masculina, y los implantes, tienen proporciones mínimas de uso (0.2 y 1.5 respectivamente). Aunque los primeros manifiestan tendencia decreciente en su uso, los segundos presentan un incremento a lo largo de la década.

15 Los métodos tradicionales incluyen el retiro (o coito interrumpido) y el ritmo. Todos los otros métodos son catalogados como modernos.

16 Entre todos los métodos de control de barrera, el condón es el método más efectivo, con un margen de error de 2 a 3%; el uso correcto de un condón de buena calidad y un espermicida provee cerca de 100% de protección. El condón femenino ofrece una efectividad comparable a la del condón en cuanto a prevención de ETS, no obstante, su disponibilidad en el país es escasa. El diafragma es un mecanismo que también provee protección a ETS pero no es tan efectiva como el condón (Miracle et al., 2003: 178).

de ocho métodos anticonceptivos más usados son aquellos que involucran únicamente a la mujer<sup>17</sup>.



La problemática sobre el bajo porcentaje del uso del preservativo masculino y en general sobre la desigualdad de género en las relaciones sexuales es mucho más grave entre mujeres indígenas y mujeres sin instrucción. En efecto, entre las mujeres indígenas que sí usan métodos anticonceptivos, que como vimos es el más bajo de todas las categorías analizadas, prefieren el retiro entre todos los métodos (12%) y las mujeres sin instrucción prefieren la esterilización seguida por el retiro. Estos dos grupos presentan además, los porcentajes más bajos de uso del condón masculino (1.8% y 0.1%, respectivamente). Estos datos sugieren que la educación de las mujeres va de la mano con su posibilidad de empoderamiento en el ámbito sexual, y que la desigualdad de género es uno de varios factores que determinan que la mujer sea más vulnerable al contagio de las ETS y el SIDA, evidencia de lo cual es el incremento considerable en los casos

17 A pesar de que la información presentada aquí no incorpora la esterilización masculina (vasectomía) como un método que concierne a los varones, se conoce que esta es una práctica poco común (0.3% de acuerdo a la obra citada de Reyes y Camacho 2000).

de VIH/SIDA en mujeres desde la aparición de la enfermedad en nuestro país en el año de 1989<sup>18</sup>.

Un aspecto que ha merecido poca atención en los debates sobre la anticoncepción, y últimamente sobre la anticoncepción de emergencia, es el tema de los efectos médicos laterales de algunos métodos anticonceptivos. La ENDEMAIN de los diversos años proporcionó información sobre las razones de discontinuación por efectos laterales de algunos métodos, entre los que sobresalieron la píldora, el dispositivo intrauterino y la inyección con los porcentajes más altos: 29.6%, 31.7% y 21%, respectivamente, en 1999. Cinco años antes, no obstante, los efectos laterales que declararon estas mujeres por el uso de estos tres métodos era aún más alto: 31.6%, 33.2% y 35%, respectivamente. Como vimos anteriormente, precisamente, la píldora y el DIU, son dos de los métodos preferidos por las mujeres ecuatorianas de lo que podemos concluir que existe una amplia desinformación respecto de los efectos secundarios de estos métodos<sup>19</sup>.

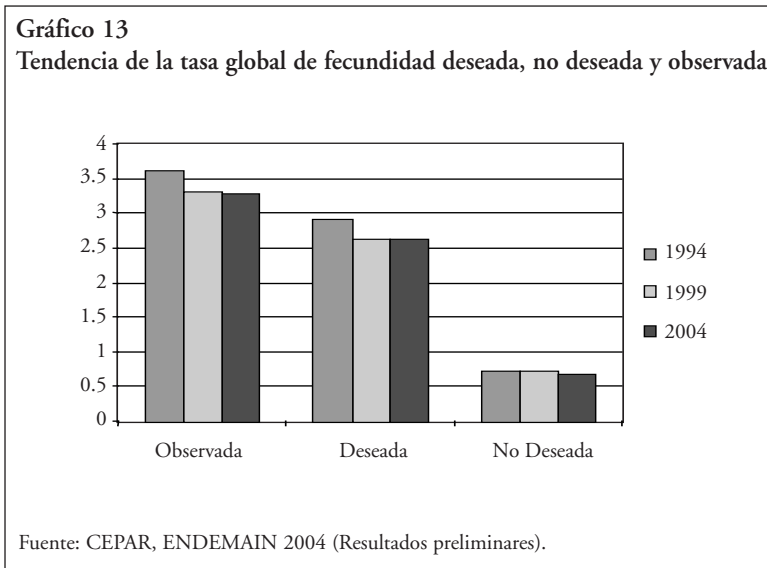
Si bien, el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres ecuatorianas como la causa más importante para el descenso en la fecundidad en las últimas décadas, es una evidencia de los cambios en las aspiraciones del tamaño de la familia, todavía hay una brecha entre estas aspiraciones y la experiencia reproductiva real de las mujeres. Prueba de ello son los incrementos observados en el número de nacimientos no previstos y no deseados en la última década. El porcentaje de los nacimientos planeados y deseados bajó en 8.8 puntos entre los períodos 1989-1994 a 1994-1999 para ubicarse en 62.5% en 1999. Consecuentemente, los embarazos planeados, pero no previs-

---

18 En efecto, se ha observado un cambio gradual en la razón hombre/mujer de casos de SIDA de 10 hombres por una mujer en 1984 a 2.3 hombres por una mujer en 2004 (MSP, Programa Nacional del Sida /ITS, 2004). El número de casos reportados de VIH SIDA se ha incrementado a lo largo de dos décadas y a 2004 el Ecuador ha presenciado un acumulado de 5993 casos y hoy la epidemia está en fase de aceleración. Hasta octubre de este año se reportaron 702 casos de los cuales 262 son mujeres, y 168 de ellas son amas de casa. A nivel de provincias, Guayas concentra más de la mitad de los casos reportados en 2004 (389 casos). No obstante, en los establecimientos de salud se estima un subregistro del 60% debido a la limitada oferta de medios diagnósticos y a la estigmatización social. (Médicos Sin Fronteras, 2003). Además de factores sociales como la desigualdad de género, existen motivos biológicos que determinan que la mujer sea más vulnerable al contagio de las ETS y SIDA. Por ejemplo, las características de alta temperatura y humedad de la vagina, implican que sea el doble de probable que un hombre contagie una ETS a una mujer, que una mujer lo haga. Se conoce, además, que hay una mayor incidencia de ETS entre mujeres jóvenes que mujeres adultas debido también a factores biológicos. El sexo anal también incrementa el riesgo de contraer una ETS (Miracle, et al., 2003). Además, contrariamente a la creencia común, el porcentaje de casos de VIH/SIDA en el Ecuador es mucho mayor entre heterosexuales que en homosexuales y bisexuales. En efecto, a 2004 en el Ecuador la razón heterosexual y homosexual es aproximadamente 5 a 1 (se registraron 540 casos en heterosexuales respecto a 59 en homosexuales y 103 en bisexuales).

19 Si bien muchos de estos efectos pueden ser producto de un uso de la píldora en situación contraindicada (por ejemplo mujeres que tienen problemas circulatorios, presión alta, cáncer de mama o útero, diabetes, entre otros), se ha observado una relación entre anticonceptivos orales y cáncer de mama (Miracle, et al. 2003: 184).

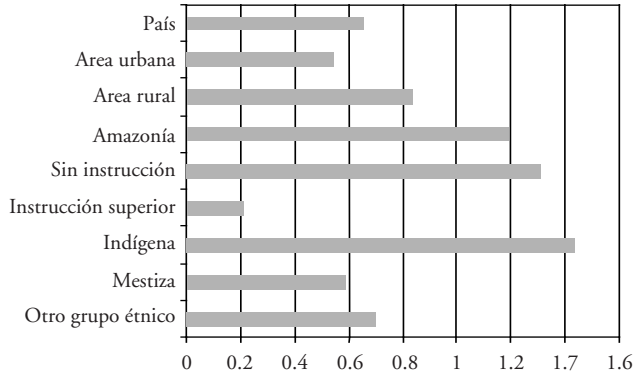
tos, se incrementaron por 3.5 puntos para ubicarse en 17.3% en 1999. De la misma manera, los embarazos no deseados se incrementaron en 3.3 puntos para ubicarse en 20.2% en 1999. Los mayores porcentajes de nacimientos no deseados se observaron en las áreas rurales, con 23.6% y entre mujeres sin instrucción 35.2% en 1999 (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). Lo dicho se entiende mejor al comparar las tendencias de las tasas globales de fecundidad deseada y la observada, ilustradas en el gráfico 13.



La tasa global de fecundidad deseada ha descendido a lo largo de la década, y se ha estabilizado hacia 2004. A pesar de ello, el número de hijos no deseados ha permanecido constante, e incluso ha decrecido hacia 2004, lo que se explica por un descenso en la tasa de fecundidad observada<sup>20</sup>. No obstante, los diferenciales entre áreas, niveles de instrucción y grupo étnico sugieren que las mujeres de sectores marginados no han cumplido, del todo, las aspiraciones reproductivas en cuanto al tamaño de su familia. Así, en 2004, las tasas más altas de fecundidad global no deseada, es decir de hijos no deseados, se encuentran en el área rural (0.84), en la Amazonía (1.19), entre mujeres sin instrucción (1.31) y en mujeres indígenas (1.44) según evidencia el gráfico 14.

<sup>20</sup> La tasa de fecundidad no deseada se calcula al restar el valor de la tasa de fecundidad deseada (que indica las aspiraciones de hijos en las mujeres) de la tasa de fecundidad observada (que refleja cuantos hijos tuvieron las mujeres en realidad.)

**Gráfico 14**  
**Tasa de fecundidad global no deseada según área, instrucción y condición étnica**



Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004 (Resultados preliminares).

## Aborto inducido en América Latina y el Ecuador

Las estadísticas en torno a los embarazos no deseados nos conducen al tema del aborto inducido o provocado como un mecanismo que, al interrumpir el proceso de gestación, incide en la regulación de la fecundidad. En la sección siguiente se revisará la situación del aborto en el Ecuador y América Latina en base a la escasa pero valiosa información que existe sobre el tema. La controversia sobre el tema del aborto en el Ecuador gira en torno a su legalización, en tanto en el país ésta es una práctica penada por la ley, excepto “cuando peligra la vida de una madre o en caso de violación a una mujer “idiota” o “demente” (CONAMU-UNFPA 2004). Por esta razón, el registro de datos sobre abortos inducidos es una labor compleja y no existe información confiable en el país sobre el tema. No obstante, un indicio sobre las tendencias entre distintos grupos de mujeres ofreció la ENDEMAIN en 1994 al indicar que 46 mujeres de un total de 4 290 entrevistadas terminaron su último embarazo por causa de un aborto inducido en el período 1992-1994, de los cuales la mayoría se presentaron en el área urbana y entre mujeres de mayor nivel socio-económico. Adicionalmente, varios estudios han observado que contrariamente a lo que se cree, el aborto no es una práctica significativa en mujeres, adolescentes, pero sí lo es en mujeres adultas y comprometidas (ver sección Fecundidad de las adolescentes).

Hoy, no contamos con una información específica sobre abortos provocados. El INEC en el Anuario de Estadísticas Vitales del año 2002 indicó que hu-

bo 20 casos de embarazos terminados en aborto que provocaron la muerte de la madre, mientras que en total, los embarazos terminados en aborto fueron la segunda causas de morbilidad en las mujeres. Sin embargo, como indicamos, esta cifra no especifica el tipo de aborto, como inducido o espontáneo, de manera que es imposible determinar con certeza la situación de abortos inducidos en el país<sup>21</sup>.

Esta escasa información de ninguna manera refleja la realidad sobre esta práctica en el Ecuador, que es subestimada por el hecho de su penalización. Si vemos al Ecuador dentro del contexto latinoamericano, podemos acercarnos un poco a la realidad que se vive en nuestro continente respecto al aborto. La información disponible sobre abortos provocados en la región indica que esta es una práctica frecuente, no obstante, es la determinante que ha probado tener el menor efecto en el nivel de la fecundidad y no hay evidencias que su legalización conduzca a una disminución más rápida del promedio de hijos por mujer, según se ha observado en países donde el aborto ha sido legalizado (Guiomar et al., 2003).

Por otra parte, según estimaciones de la OPS en 2002, se conoce que seis países de América Latina y el Caribe se llevan a cabo casi 3 millones de abortos cada año, y, además, los abortos practicados en malas condiciones producen entre 4.500 a 11.000 muertes al año (ISIS 2003). Informaciones adicionales sobre países específicos indican que en la Argentina el aborto inducido es la causa de muerte más importante en todos los grupos por encima de los 20 años (Guiomar et al., 2003); por otro lado, Chile presenta una situación paradójica, en tanto, la prevalencia anticonceptiva es alta y hay amplia disponibilidad de métodos modernos, no obstante, la ilegalidad de la práctica se traduce en un alto número de abortos inducidos similar a la incidencia de embarazos no planeados o no deseados (Guiomar et al., 2003; ISIS, 2003). Los abortos inducidos en países donde esta práctica no está legalizada se realizan en muy malas condiciones provocando complicaciones graves para la salud de las mujeres que resultan principalmente en infertilidad a futuro y en el peor de los casos su muerte (CEPAR. ENDEMAIN 1994). Generalmente, los abortos se realizan en condiciones de insalubridad extrema, las operaciones no se realizan con el equipo necesario y los médicos u obstetras no están académicamente preparados (Sandoval, 2002).

La controversia sobre el aborto inducido ha traído al debate la anticoncepción de emergencia (AE), que se la ha planteado incluso como un método de primeros auxilios ante situaciones de emergencia médica como es el caso de una violación, fenómeno que ha alcanzado niveles alarmantes en el Ecuador. La información y disponibilidad de píldoras de anticoncepción de emergencia, así co-

---

21 Freire (1992: 187) reporta para la década de los ochenta una tasa de abortos hospitalarios de 7.5% por cien embarazos.



mo los otros métodos anticonceptivos constituyen un derecho de las mujeres para decidir y controlar su fecundidad y su cuerpo (Carrillo, 1998). Pero a pesar de ello, en América Latina, la anticoncepción de emergencia ha sido identificada como uno de los secretos más guardados. Su comercialización comenzó en los años setenta y sin embargo, las autoridades de salud de los países, no han facilitado el registro de un producto único, en muchos casos debido a presiones de grupos conservadores para prohibir su distribución con el argumento de su supuesto efecto abortivo.

En efecto, la anticoncepción de emergencia consiste en una combinación de anticonceptivos orales que contienen las sustancias levonorgestrel y etnínol estradiol. A nivel internacional, se hizo un esfuerzo para su difusión en el Consenso sobre la Anticoncepción de Emergencia en Italia llevado a cabo en 1995 (ISIS, 2003). En el Ecuador, una acción importante en ese sentido fue la Primera Conferencia Internacional del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia realizada en Quito en el año 2002 en donde se discutió la situación del Ecuador y Latinoamérica en cuanto los derechos sexuales y reproductivos a la anticoncepción de emergencia. A pesar de que la fórmula combinada de píldoras es legal y han estado disponibles en farmacias y establecimientos de salud, la difusión sobre esta información en el Ecuador es escasa, y restringida a sectores que residen en áreas urbanas y con un mayor grado de educación. Como sucedió en varios países incluidos el Perú, Chile y la Argentina, en el Ecuador, al poco tiempo de la introducción de la AE en el mercado bajo la marca de Prostinor 2 a finales de 2004, grupos pro-vida presentaron un recurso de amparo en la que se expidió una resolución de prohibición que argumentaba una falla reglamentaria en la regulación del precio. Como consecuencia, la píldora se retiró del mercado por orden ministerial.

Es alarmante que la AE en el Ecuador, al igual que en Chile, Bolivia, El Salvador, Guatemala y México no esté considerada como una opción ante la violación. Los únicos países en donde esto ocurre son el Brasil, el Perú y Colombia (ISIS, 2003). En este contexto, la AE es una necesidad para las adolescentes más jóvenes, en tanto muchas de ellas son objetos de violaciones sexuales muchas de las cuales desembocan en embarazos no deseados que en estas circunstancias constituyen una verdadera tragedia que marca la vida de las mujeres y las priva de su desarrollo a futuro. A continuación, discutiremos sobre el tema de la fecundidad en jóvenes y adolescentes en torno a una reflexión sobre las implicaciones sociales de este fenómeno para su desarrollo integral.

## Fecundidad de jóvenes y adolescentes

El conjunto de implicaciones que produce el embarazo en jóvenes, pero especialmente en adolescentes, se resume en la privación de uno de sus derechos fundamentales: a un crecimiento físico y emocional saludable en el que cuenten con información y apoyo para asumir una sexualidad oportuna y responsable<sup>22</sup> (CEPAR-INEC-UNFPA, 2003).

Un embarazo para una adolescente representa un obstáculo para su desarrollo personal, sobre todo, en cuanto a la posibilidad de educarse. Adicionalmente, esta situación pone en riesgo su salud física y mental, ya que no está preparada ni física ni emocionalmente para asumir esta responsabilidad. De hecho, la magnitud de la problemática de los embarazos precoces se refleja en que la primera causa de ingreso hospitalaria en la población femenina de 10 a 19 años, se relaciona con problemas del embarazo, parto y puerperio y consecuentemente siete de las principales causas de egresos hospitalarios derivan de problemas obstétricos (CEPAR-INEC-UNFPA, 2003). Las implicaciones son más complejas para las adolescentes de bajos recursos que en nuestro país se concentran en áreas rurales con gran incidencia indígena y en zonas urbano-marginales, ya que su condición de marginalidad y las desigualdades que experimentan por ser mujeres se transfieren a sus hijas e hijos. En efecto, en América Latina, el embarazo adolescente es uno de los factores que más impacta en la reproducción de las inequidades de género y de la pobreza entre generaciones (CEPAL, 1997).

La evidencia más clara sobre la realidad del embarazo en adolescentes hacia 1999 es que la edad promedio, al primer embarazo en ese año, entre mujeres de 15 a 24 años fue de 17.6 años y la edad promedio a la primera experiencia sexual fue de 16.6 años (CEPAR-INEC-UNFPA, 2003). Además, a 2003, el 15.3% de todas las mujeres embarazadas eran adolescentes de 15 a 19 años<sup>23</sup>. No obstante, de acuerdo a la información disponible, la creciente problemática del fenómeno, a través del tiempo, se puede apreciar mejor al mirar el incremento en la fecundidad específica de las edades 15 a 19 años. Como analizamos en la sección anterior, de todos los grupos de mujeres, el de adolescentes de estas edades fue el único que incrementó su fecundidad en el período 1989 a 2004 pasando de 84 a 100 nacimientos por mil mujeres en edad fértil. Este incremento es sugerente, ya que a medida que la fecundidad en otras edades decreció, la ten-

---

22 El embarazo en adolescentes ha sido incorporado como un indicador que mide uno de los tres derechos en base a los que se construye el índice de los derechos de los adolescentes de 12 a 18 años. Los otros dos indicadores incluyen la matriculación en la secundaria, muertes en adolescentes por causas prevenibles y que no se deben a enfermedades (CEPAR-INEC-UNFPA, 2003).

23 INEC, Sistema integrado de encuestas de hogares. Módulo de Desarrollo Social. Noviembre 2003. Información obtenida en el centro de documentación del CONAMU. Quito.

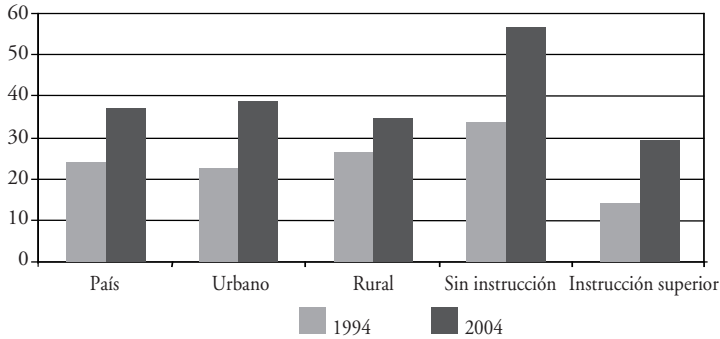
dencia en adolescentes llevó una orientación contraria al de la mayoría de grupos de edad<sup>24</sup>. A 2001, las mayores proporciones de partos en adolescentes se encuentran en la Costa y la Amazonía, en particular en las provincias de Esmeraldas, Manabí, Sucumbíos y Zamora Chinchipe (UNICEF, 2004).

Para evidenciar la tendencia creciente del fenómeno de los embarazos adolescentes, es preciso mirar, en primer lugar, cómo ha evolucionado el comportamiento sexual de las mujeres jóvenes, para luego, comprobar que en efecto estos comportamientos se traducen en un incremento en la fecundidad adolescente. Como ya anticipamos en la sección de nupcialidad, un factor clave que determina una mayor exposición de las mujeres jóvenes al riesgo de embarazo es su actividad sexual antes del acontecimiento nupcial. Efectivamente, a lo largo de la década una proporción cada vez mayor de jóvenes y adolescentes ecuatorianas tienen actividad sexual fuera del matrimonio o de la unión conyugal. Es así que los porcentajes de mujeres entre 15 a 24 años con experiencia marital han decrecido al ritmo que se han incrementado las experiencias sexuales premaritales, como se observa en el gráfico 15. En total al año 2004 mientras el 37.2% de las jóvenes y adolescentes tuvieron su primera relación sexual premarital, solo un 9.5% lo hicieron con su esposo o compañero; el 53.3% restante son las mujeres que no han tenido experiencia sexual a esas edades (CEPAR, ENDEMAIN, 2004).

---

24 Otro indicador que muestra la intensidad del fenómeno del embarazo en adolescentes es el porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres adolescentes del total de nacimientos en un año dado. Al año 2002, según el INEC, el porcentaje de niños, hijos de madres de 15 a 19 años, fue de 16.5%. No obstante, este indicador no es útil para observar la tendencia de nacimientos ya que por la dinámica demográfica de rejuvenecimiento que ha experimentado el país en este período, la población de mujeres en edad fértil en estos grupos de edad también ha aumentado como porcentaje del total (como ya analizamos en la sección 2). Por esta razón, no es extraño que en 1990, de acuerdo a la misma fuente, el porcentaje de niños, hijos de madres de adolescentes, también fue del 16.5%: menos hijos nacían de menos madres adolescentes respecto a 2002.

**Gráfico 15**  
Evolución de la experiencia sexual premarital de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años (en porcentajes)



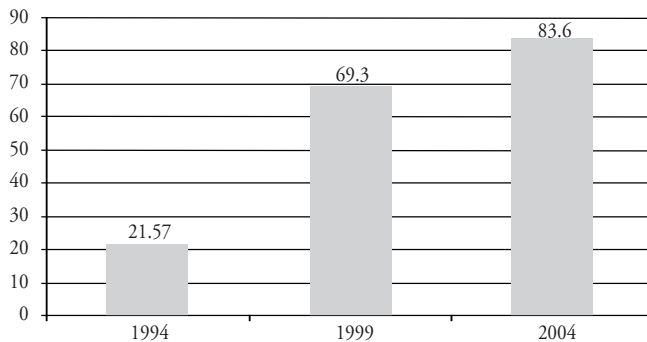
Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004 (resultados preliminares).

El gráfico sugiere que todas las categorías analizadas presentan incrementos; sin embargo, se observan diferencias importantes en los incrementos relativos entre una y otra categoría. Por ejemplo, sobresale el incremento de mujeres con experiencia premarital en el área urbana, que crece en un 43.3% frente a un 26.4% de incremento en el área rural. Además, aunque en términos absolutos el porcentaje de mujeres con experiencia sexual premarital, sin ningún nivel de instrucción, es el mayor del grupo, su aumento (46%) es bajo comparado con el que experimenta el grupo de educación superior, que sube en un 80% durante la década. A esta información podemos complementar datos de la ENDEMAIN 1999 donde se observó que 64.5% de mujeres de 15 a 25 años de edad tuvieron su primera relación sexual con su novio, y únicamente 31.1% lo hicieron con su esposo. Estas estadísticas indican que la iniciación más temprana a la vida sexual está fuertemente influenciada por el hecho de vivir en el área urbana y extrañamente, por mayores niveles educativos en las mujeres. Como veremos más adelante, estos factores no están desvinculados a fenómenos macro-sociales como, por ejemplo, la globalización. Más aún, el inicio de la vida sexual temprana es un fenómeno regional. A nivel latinoamericano, se encontró que el 11% de mujeres entre 20 y 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, el 42% antes de los 18 años y el 61.5% antes de los 20 años (CEPAR UNFPA INEC, 2003).

Después de comprobar que la actividad sexual temprana es un cambio importante en la última década, es preciso mirar cómo este comportamiento se ha traducido en la fecundidad entre mujeres que han tenido experiencias sexuales a edades jóvenes. El gráfico 16 demuestra que los embarazos en adolescentes y jó-

venes adultas como porcentaje del total con experiencia sexual se han incrementado significativamente a lo largo de la década. Hoy por hoy, casi ocho de cada diez jóvenes y adolescentes que han tenido experiencia sexual han estado alguna vez embarazadas.

**Gráfico 16**  
Evolución de la proporción de mujeres con experiencia sexual entre 15 y 24 años alguna vez embarazadas



Fuentes: CEPAR, ENDEMAIN 1994, 1999 y 2004 (Resultados preliminares).

Estos resultados se entienden mejor si consideramos que en el período 1994 a 2004, la proporción de mujeres con experiencia sexual incrementó solo 6 puntos. Mientras en 1994, la proporción de jóvenes y adolescentes con experiencia sexual era del 40.7%, en 2004 es de 46.7%. En otras palabras, aproximadamente la mitad de las adolescentes y jóvenes han tenido experiencia sexual y este porcentaje se ha mantenido a lo largo de la década. A pesar de que la proporción de mujeres con experiencia sexual es casi igual que hace diez años, se ha triplicado el número de adolescentes de ese grupo que ha experimentado el embarazo. De estos resultados podemos deducir que debido a un conjunto de factores socio-culturales y de desinformación, una relación sexual pre-marital en mujeres-adolescentes se traduce, casi en la totalidad de los casos, en un embarazo no previsto. Más aún, si partimos del hecho de que casi la totalidad de los adolescentes y los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, también han estado alguna vez embarazadas, y añadimos a esto que estas experiencias ocurren fuera del matrimonio o la unión conyugal, como analizamos en el gráfico 15, podemos concluir que una gran proporción de esas mujeres son madres solteras. En efecto, en 1999, cerca del 40% las mujeres menores de 20 años experimentaron su primer

embarazo con su novio u otra persona que no era su esposo o compañero, tendencia que ha sido ascendente a lo largo de la década (CEPAR, ENDEMAIN, 1989, 1994, 1999). La situación se agrava por el hecho que en la mayoría de casos, además de no contar con el apoyo de su pareja, tampoco cuentan con la aceptación ni el apoyo de sus familias. En efecto, en más de la mitad de los casos (57%) de mujeres embarazadas antes de los 20 años, la reacción de su familia fue de no aprobación, no intervención o rechazo (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). Más aún, las mujeres adolescentes y jóvenes embarazadas enfrentan una fuerte estigmatización por parte de la comunidad educativa, en donde se les niega el derecho a continuar educándose, y bajo cualquier excusa se las echa del establecimiento. Desde algunas instancias, entre las que destaca la ya mencionada Unidad para la Atención de Adolescentes de la Maternidad de Quito por su enfoque de derechos en la atención a las adolescentes, se ha intentado coordinar con los establecimientos educativos para que este derecho sea respetado. Sin embargo, esta instancia no ha podido difundir estas buenas acciones de dichos colegios pues cuando lo ha hecho, las agresiones verbales se han manifestado en diferentes formas contra las adolescentes (Entrevista a Susana Guijarro, 2004).

Estas situaciones evidencian la ausencia de una cultura sobre los derechos de los y las adolescentes y en particular sobre los derechos de las mujeres, que actúa conjuntamente con una amplia desinformación por parte de adolescentes, hombres, mujeres y sus comunidades acerca del cuerpo, así como, las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección para su salud. Como observamos arriba, la prevalencia de uso de anticonceptivos se ha incrementado en general para el país a lo largo de la década, y esto ha explicado en gran medida el descenso de la fecundidad global. Podemos intuir entonces que, la misma razón que explica el descenso total, explica también en parte el incremento específico del grupo adolescente. La tabla 3 provee una idea de la situación de desinformación en cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes y jóvenes en su primera experiencia sexual. Estos resultados comprueban la hipótesis que planteamos arriba, es decir que un porcentaje significativo de mujeres que inician su vida sexual tempranamente no usan ningún tipo de anticonceptivo en su primera experiencia sexual, por lo que en la mayoría de casos se concreta el embarazo.

**Tabla 3**  
**Evolución del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual de mujeres entre 15 y 24 años (en porcentajes)**

Estado civil	1994	1999	2004
Premarital	39	10.2	14.5
Marital	6.1	11	9.4
Total	4.8	10.5	13.5

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004.

Por ejemplo, las mujeres de edades entre 15 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes del matrimonio o la unión experimentaron un incremento significativo en el uso de anticonceptivos; no obstante, este sigue siendo bajo: solo de 14.5%. Por su parte, las jóvenes con experiencia marital presentan una prevalencia de uso aún menor, menos de una de cada 10 jóvenes casadas o unidas usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual y esta tendencia ha descendido en los últimos cinco años. Más aún, los diferenciales que se observan entre regiones son preocupantes. Así en el período 1999-2004, mientras en el área urbana un 16.8% de jóvenes de estas edades usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, tan solo 8.6% lo hicieron en el área rural. De una forma similar, existe una brecha entre mujeres indígenas y otros grupos étnicos en cuanto a uso de anticoncepción en la primera relación. Mientras que un 14.6% de mujeres jóvenes adolescentes mestizas y aún más un 18.9% de mujeres de otras etnias lo hicieron, únicamente 4.9% de indígenas adolescentes practicaron éste método. La diferencia es también abismal en la categoría de nivel de instrucción, donde 19 puntos separan a las mujeres sin instrucción. Solo un 4% de las mujeres sin instrucción usaron anticoncepción durante su primera relación, mientras que 22.3% de las mujeres con educación superior y de postgrado lo usaron (CEPAR, ENDEMAIN, 2004).

Después de analizar estos resultados, no cabe duda de que la desinformación entre mujeres jóvenes y adolescentes sobre planificación familiar es un factor determinante que explica los crecientes niveles de fecundidad en esta población. Si bien, como comprobamos arriba, solo una de cada 10 mujeres adolescentes y jóvenes usaron algún método en su primera relación sexual, casi 1 de cada 5 (23.8%) declararon que no usaron ningún método porque no conocían que existían métodos para prevenir un embarazo (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). Más aún, entre las mujeres jóvenes como en general entre la población ecuatoriana, persisten concepciones machistas acerca de la toma de decisiones en el ámbito de la sexualidad. En este sentido, si bien cerca de la mitad de las jóvenes en-

tre 15 a 24 años piensa que la iniciativa sobre el uso de métodos anticonceptivos debe ser en conjunto con la pareja, un 20.9% dijo que la mujer es quien debería tomar la iniciativa, mientras 11.9% opinó que debe ser el hombre. No obstante, independientemente de las opiniones que den las mujeres, casi la totalidad de métodos utilizados involucran únicamente a la mujer, y en muchos de estos casos, las mujeres experimentan oposición de sus parejas para el uso de estos métodos. Estos datos son una evidencia de que en el sentido común de las mujeres adolescentes todavía persiste la noción de que la responsabilidad sobre la reproducción reposa sobre la mujer.

El ausente uso de métodos anticonceptivos en jóvenes y adolescentes encuentra lógica también en causas de corte cultural que determina en las mujeres de estas edades el desconocimiento sobre el funcionamiento de su cuerpo y su situación de vulnerabilidad por su condición de género y generacional. En efecto, la mayor parte de la problemática en torno a embarazos adolescentes tiene que ver con el “pensamiento mágico” que prevalece entre las adolescentes ecuatorianas, que una relación sexual premarital no necesariamente deriva en embarazo porque “eso” jamás les podría pasar a ellas (Entrevista a Susana Guijarro, 2004). Es decisivo, en ese sentido, el hecho de que 40.8% de mujeres adolescentes y jóvenes hasta 24 años indican que “no esperaban tener relaciones sexuales”, como razón para no usar anticonceptivos a su primera relación sexual premarital; es decir, casi la mitad del total de jóvenes. Aún más alarmante es el hecho de que un 7.1% de ellas, no conocía el hecho de que una relación sexual podía traer como consecuencia un embarazo (CEPAR, ENDEMAIN, 1999)<sup>25</sup>.

En este punto, cabe reflexionar sobre el tema de la reacción de las adolescentes y los jóvenes frente a una situación de embarazo. Las estadísticas indican que un gran número de mujeres jóvenes y adolescentes a su edad ya no desean más hijos. Efectivamente, un 26% de adolescentes entre 15 y 19 años y un 40.2% entre las de 20 a 24 años declararon no querer más hijos a futuro (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). Esta es una tendencia que ha ascendido a lo largo de la década, y que sugiere una situación contradictoria pero real, esto es que a pesar de que las aspiraciones reproductivas futuras de las adultas jóvenes descendien, sus niveles de fecundidad han ascendido como una prueba más de que el desconocimiento, no solo sobre métodos anticonceptivos sino en general sobre salud sexual y reproductiva, es un tema que merece atención y acciones urgentes.

A pesar de que los niveles de fecundidad no deseada en adolescentes son significativos, no es del todo cierto que la reacción es siempre de rechazo al embarazo inesperado, que como hemos visto es una situación común. En algunos

---

25 Estas situaciones fueron corroboradas por la Dra. Guijarro (2004) desde su experiencia con las adolescentes de la Unidad para Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora de Quito.



casos el embarazo es un evento que las jóvenes aceptan con ilusión e incluso en parte también con apoyo de sus familias. En efecto, un 5% de las mujeres de 15 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual premarital, declararon no haber usado anticonceptivos en esa ocasión porque deseaban tener un hijo. A este dato complementamos que en la Unidad de Atención para Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora de Quito, se estima que un 30% a 35% de los embarazos en adolescentes son deseados y gozan de aceptación socio-cultural. De hecho, la ENDEMAIN 1999 indica que las reacciones del 32.5% de las familias de mujeres menores de 20 años a su primer embarazo fue, no solo de aprobación, sino de alegría. Estos datos conducen a pensar que entre las adolescentes, no es del todo real la idea del rechazo al embarazo y el deseo de abortar<sup>26</sup>, sino que más bien el quedar embarazadas les da la posibilidad de ser madres. La maternidad para muchas de ellas a su edad es su aspiración personal como mujeres, y satisface además las expectativas de sus familias (Entrevista a Susana Guijarro, 2004).

Esta discusión es importante además, para desmitificar la idea sobre el alto número de abortos en adolescentes, una concepción errada sobre la que comúnmente los medios de comunicación difunden imágenes y discursos escandalosos. Como analizamos anteriormente en la sección sobre aborto inducido, los pocos datos con los que se cuenta en el país sirven para desmitificar esta noción. En 1994, la ENDEMAIN reveló que en el período 1992-1994 el 47% de los casos de mujeres que terminaron su último embarazo por causa de un aborto inducido correspondieron a edades entre 20 a 40 años, frente a un 10% entre mujeres de 15 a 49 años. Actualmente, en el programa para adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora de Quito, se ha observado que el número de abortos provocados es mínimo entre las usuarias del programa, ya que los abortos de este tipo son comunes en mujeres de edades avanzadas. La explicación resta en que las mujeres de estas edades en general tienen un nivel económico mayor a las mujeres jóvenes y adolescentes, lo que determina que tengan los recursos para financiar una intervención de este tipo (cabe recordar que de acuerdo a la información disponible, el aborto inducido es más común en mujeres urbanas, y entre mujeres de mayor instrucción). Adicionalmente, el aborto es mayor entre mujeres adultas y casadas con hijos, ya que en esta situación se presentan dificultades en las relaciones de pareja o simplemente, porque han completado el tamaño deseado de su familia<sup>27</sup>.

---

26 De acuerdo a la ENDEMAIN de 1999, el 2.2% de las mujeres menores de 20 años al primer embarazo declararon que la reacción de su familia fue de echarlas de la casa o querer que aborte.

27 En efecto, se conoce que en el Brasil, un país que dispone de mayor información respecto de otros países, la mayor parte de las mujeres que se hacen un aborto son casadas (Guiomar et al., 2003).

Para cerrar esta discusión sobre los embarazos adolescentes, reflexionamos acerca de los cambios en los patrones de inicio de la actividad sexual, expuestos anteriormente, y sobre las distintas maneras de interpretar esos cambios, como un punto de partida para un debate más amplio y una investigación más profunda sobre el tema. El hecho de que las mujeres estén comenzando su vida sexual cada vez a más temprana edad se explica en muchos casos como el efecto de una “liberalización de costumbres”, dentro de un proceso de creciente urbanización y globalización. Un factor particularmente importante es el estímulo que reciben los y las adolescentes a través de medios de comunicación visual y audio-visual, especialmente a través de telenovelas y distintos tipos de publicidad (la Internet, lugares públicos –mega publicidad– y televisiva). Más allá de que a través de estos medios se estimulen determinados comportamientos que promueven la actividad sexual a edades tempranas, estos medios proyectan particulares maneras de representar la sexualidad femenina y masculina. A juzgar por la forma en que a través de los medios se representa a mujeres y hombres en relaciones heterosexuales, persiste una representación bipolar del cuerpo de la mujer dividida en el “cuerpo materno –que sirve para dar vida a otros– y el cuerpo erótico –que sirve para dar placer a los otros–, por tanto, es un cuerpo que no le pertenece” (Camacho, 2001). Complementariamente, el cuerpo del hombre y su sexualidad son definidos en oposición a los de la mujer. Volviendo a la hipótesis sobre la liberalización de costumbres, estas formas visuales y audio-visuales de representación de la sexualidad femenina y masculina, tienen repercusiones que son todo menos “liberadoras”, pues se insertan en una estructura patriarcal, donde la vivencia de la mujer sigue siendo de tipo “complaciente” más no de apropiación de su cuerpo y disfrute del derecho al placer de su sexualidad. Si a esto añadimos que para muchos adolescentes hombres y mujeres, el inicio de su actividad sexual está marcado por presiones y violencia, el camino para alcanzar esos derechos es aún más lejano. Así, para el caso de los varones, 16% de los estudiantes de colegio ha tenido relaciones con trabajadoras sexuales, y para muchos, esta es la forma como sus padres “los inician” como hombres a muy tempranas edades (UNICEF, 2004). El escenario para las mujeres es aún más oscuro, pues de acuerdo a la ENDEMAIN 1999 una de cada cinco mujeres entre 15 y 24 años expresa que su primera relación sexual no fue deseada sino que sucedió debido a imposición o presión de su pareja, o como veremos a continuación por abuso sexual.

Como hemos visto, estas situaciones se insertan en representaciones que perpetúan la actitud pasiva de la mujer en el ámbito de la sexualidad, y que se complican con la falta de información sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos, una responsabilidad que desde las percepciones del sentido común, aún se atribuyen a las mujeres. Esta situación de desigualdad ubica a las

mujeres, particularmente a las jóvenes y adolescentes, en una situación de vulnerabilidad que las hace objetos de diversas formas de violencia de género, y en particular de las formas más extremas de violencia sexual.

### Violencia sexual en niñas y adolescentes

Las repercusiones más graves que surgen como consecuencia de las representaciones sobre la sexualidad profundamente arraigadas en la sociedad son las de estimular distintas formas de violencia contra la mujer (Camacho, 2001), en particular formas de violencia sexual, como el sexo obligado por la pareja, la violación y el acoso. En el país, estas fueron las tres principales tipos de agresión denunciados a la Comisaría de la Mujer y de la Familia en Guayaquil (Reyes et al., 2000). No obstante, las niñas y adolescentes experimentan la forma más extrema de agresión sexual como son las violaciones. La ENDEMAIN 1999 arrojó un dato alarmante en este sentido, al indicar que un 7.4% de adolescentes menores de 15 años declararon violación en su primera relación sexual. El 2.1% de todas las mujeres en el grupo de 15 a 24 años declaró haber sido violada en su primera relación sexual. En la Maternidad Isidro Ayora de Quito, la Unidad de Atención a Adolescentes estimó un 7% de embarazos por violación entre adolescentes. Cabe indicar que el grado de subregistro en este tipo de estadísticas es alto debido a los profundos daños y temor que invaden a las víctimas y que inhiben su fuerza de voluntad para denunciarlos. Estas situaciones son el reflejo de una problemática nacional, en la que a 2004, el 7.2% de todas las mujeres en edad fértil declararon haber sido violadas, con mayores porcentajes entre mujeres con menores niveles de instrucción y mujeres de la Amazonía<sup>28</sup> (CEPAR, ENDEMAIN 2004). Esto significa, en números exactos, que de todas las mujeres encuestadas por la ENDEMAIN 2004 casi 700 declararon haber sido violadas. Las agresiones sexuales son, solo, un conjunto dentro de una gama de formas de violencia que afectan a las mujeres, las mismas que han sido tipificadas en varias agendas públicas y de salud como un problema de salud pública, que atenta contra los derechos humanos de las mujeres.

Entre los avances más importantes en este sentido, durante esta última década, se cuentan las acciones impulsadas por organismos no gubernamentales y por la Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU), transformada posteriormente en Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) en 1997, entre las cuales se destaca el apoyo para la gestión y activación de las comisarías de la mujer y

---

28 Cabe notar que la Amazonía es la región con el índice más bajo de los derechos de los adolescentes de 12 a 18 años (CEPAR-UNFPA-INEC, 2003).

de la familia desde 1994, y en 1995 la ley contra la violencia a la mujer y a la familia. Además, en 1998 se realizaron y aprobaron reformas constitucionales al Código Penal que tipifican al acoso sexual como delito y amplían las penas cuando las víctimas son familiares, conocidas o mantienen alguna relación laboral con la víctima (Reyes et al., 2000).

No obstante, un tema que ha salido recientemente a la luz y que ha recibido escasa atención en cuanto a políticas públicas y de salud, es la situación que experimentan niñas y adolescentes que son explotadas sexualmente en redes comerciales de prostitución en distintos lugares del país. Un estudio reciente de la OIT (Sandoval, 2002) provee información alarmante en este aspecto y puede encontrarse en el capítulo sobre niñas y adolescentes de esta publicación. A pesar de que la Constitución Política del Ecuador reconoce los derechos de los niños y niñas a no ser explotados sexualmente y por tanto prohíbe ser utilizados como objetos de pornografía o prostitución, no existe un marco legal que tipifique estas actividades como delitos<sup>29</sup>. El carácter ambiguo de la disposición oficial sobre los centros de trabajo sexual como una actividad *prohibida pero tolerada dentro de locales* determina que estos lugares operen sin mayores exigencias con permisos de instituciones como los municipios, las intendencias provinciales de la Policía, y las direcciones de salud. No obstante, estas actividades se realizan bajo un incumplimiento de las normas de higiene y sobre todo, significa un maltrato y explotación constante a las mujeres trabajadoras sexuales, y en particular a las niñas y adolescentes que por su edad e inexperiencia se encuentran en una situación aún mayor de vulnerabilidad. Aún más alarmante es el hecho de que la oferta de menores de edad en estos locales es un mecanismo de promoción de clientes, evidenciando la situación más extrema de explotación sexual de mujeres jóvenes que determinan y explican la proliferación de la prostitución como un negocio que provee altos réditos económicos pero cuyos beneficiarios no son sancionados por la inexistencia de un marco legal adecuado y mecanismos para su cumplimiento (Sandoval, 2002). Este escenario es un reflejo del amplio camino que queda por recorrer en cuestión de derechos y salud sexual y reproductiva en la población femenina joven y adolescente en el país.

Como un acercamiento a los avances logrados y a los vacíos que aún persisten en este tema, en la sección siguiente analizaremos la situación de la salud de las mujeres en cuestión de maternidad y atención de los niños recién nacidos, en el marco de las políticas que se han impulsado en este ámbito, y en particular la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

---

29 En 2005 se aprobaron reformas al Código Penal (R.045 del 23.06.05) que tipifica diversas formas de delito sexual. Se sancionan, con penas bastante altas y drásticas, el abuso sexual, la trata de personas con fines sexuales, el turismo sexual y la pornografía infantil. La extensión de las penas más altas va entre los 16 y los 25 años de reclusión, pudiendo acumularse hasta los 35 años.

## Salud de las madres y sus políticas

Junto con el descenso en la mortalidad infantil, la reducción de las tasas de mortalidad materna es el indicador que mejor refleja el progreso en el acceso a servicios de salud por parte de la población ecuatoriana y en particular la población femenina. La mortalidad materna en el Ecuador viene descendiendo desde la década de los setenta, cuando llegaba a 203 muertes por 100 mil nacidos vivos, mientras que a 2000 la tasa se ubicó en casi 80 muertes. Desde una perspectiva amplia, este descenso está correlacionado, por una parte, con el declive de la tasa de mortalidad infantil, que a su vez está vinculada al descenso de los niveles de fecundidad en las últimas tres décadas como ya analizamos. En cuanto a la intensidad del fenómeno por regiones, las tasas de mortalidad materna más altas, al igual que los embarazos en adolescentes, se encuentran en la región Amazónica, evidenciando que esta región está ampliamente desatendida en cuestión de servicios de salud materna. Una evidencia adicional es que la Amazonía presenta el valor más bajo de todo el país en cuanto a atención del parto institucional, con 61.2% en relación a un 74.7% de promedio nacional (CEPAR, ENDEMAIN, 2004). En cuanto a morbilidad, las principales causas para las mujeres siguen siendo las complicaciones del embarazo y el parto, que en total constituyen el 24.3% de las atenciones a mujeres. Por su parte, en los hombres los traumatismos y enfermedades intestinales son las principales enfermedades con 6.1% y 5.5% de atenciones, respectivamente. No obstante, las mujeres reciben el mayor porcentaje de atenciones del total (69%) lo que deriva de una mayor necesidad de atención debido a sus particularidades biológicas<sup>30</sup>. En este sentido, cabe señalar, que el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte entre los tumores malignos. La tasa de incidencia para este tipo de cáncer es de 30 por 100 mil mujeres lo que determina que el Ecuador se ubica entre los países de más alta incidencia a nivel mundial (ODEPLAN, 2000). Este problema deriva de los bajos niveles de detección del cáncer a través del examen de papanicolau. De hecho, hacia 1999 más de la mitad de las mujeres en edad fértil nunca se había realizado un examen de este tipo. De la otra mitad que sí se había realizado el examen, solo en un 17.6% lo había hecho en el último año (ODEPLAN, 2000).

Volviendo a la discusión sobre mortalidad materna, no obstante del gran avance que se ha logrado en las últimas décadas, las tasas del Ecuador todavía se consideran elevadas. Visto en un contexto regional andino, el Ecuador es el país que ocupa el tercer lugar en cuanto a mortalidad materna, siendo el más alto Bo-

---

30 INEC, Anuario de Estadísticas Hospitalarias. Camas y Egresos. Quito, 2001 localizado en el centro de documentación del CONAMU en Quito.

livia, seguido por el Perú. (CELADE-UNFPA). Más aún, desde 1999 la tendencia descendiente de las muertes maternas se revirtió y comenzó un ascenso desde su valor más bajo en tres décadas, 53.8 por 100 mil nacidos vivos a una tasa de 80 (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 2002). Hay dos posibles explicaciones para este súbito ascenso. Al igual que la tendencia en las muertes infantiles, las muertes maternas reflejan el efecto de la crisis económica que golpeó con fuerza al país en el año 1999. Sin embargo, al contrario que la tasa de mortalidad infantil que revirtió este efecto hacia 2000, la tasa de mortalidad materna continuó su ascenso. Una posible explicación detrás de esto es la mejora en los mecanismos de registro, que han sido tradicionalmente deficientes, logrados a través de varios programas que se han impulsado desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) a partir de 1998 dirigidos a atender la salud de las madres, y combatir la mortalidad materna.

En efecto, la gestión del MSP dirigida a las mujeres data desde hace más de dos décadas, cuando desde su creación en 1967, se definió como sector prioritario de atención de salud al binomio madre-hijo en los planes y programas de salud del MSP (UNICEF, 2004; León, 2001). A pesar de ello, la motivación de fondo en estos planes y políticas fue el combate a la mortalidad infantil que como ya analizamos, en esa época era un problema de grandes magnitudes, al igual que la mortalidad materna. Entonces a través de estos planes se beneficiaba indirectamente a la mujer como madre y responsable de la salud de los niños, situación que discutiremos más adelante. En esta línea, hacia mediados de los ochenta se creó el Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil. Ya en la década de los noventa, tras los compromisos asumidos por el Ecuador en las conferencias de El Cairo y Beijing, sobresale entre las políticas de salud materna la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI). Esta ley, a diferencia de otras en el país, cuenta con recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y se la ha catalogado como uno de los mayores avances en cuestión población y en particular de salud y derechos sexuales y reproductivos pues su enfoque es la salud de las madres, los niños, los y las adolescentes, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Tal como fue presentada dentro de la campaña de difusión (INNFA, 2002), la LMGAI garantiza a la población ecuatoriana el derecho a 33 prestaciones médicas gratuitas entre las que figuran el control del embarazo, emergencias obstétricas, atención del parto o cesárea y atención posparto, detección del cáncer de útero, acceso a recursos de planificación familiar, atención al recién nacido y enfermedades relacionadas. Tal como fue inicialmente planteada la LMGAI garantiza la realización de la prueba de VIH SIDA (Micro Elisa) de forma gratuita para todas las mujeres embarazadas que acudan al control prenatal a nivel de estructuras de atención primaria en salud del MPS (OPS, 2004; Médicos Sin Fronteras, 2003). No obstante, hoy por

hoy esta prestación no consta en el articulado de la Ley (Registro Oficial 381, 1998). Probablemente fue eliminada porque los costos que implican su cumplimiento son elevados, a pesar de que en un inicio existía un monto específico para llevarla a cabo (INNFA, 2002).

La encuesta ENDEMAIN de 2004 provee información para hacer una aproximación de evaluación de los componentes de la LMGAI a nivel nacional. Al 2004 entre todos los programas sociales estatales, el programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia tiene una cobertura del 7.1%. El programa de maternidad gratuita tiene una mayor cobertura en el área rural (8.2) respecto al área urbana (6.4) (CEPAR, ENDEMAIN, 2004). Esta baja cobertura del programa encuentra explicación en la amplia desinformación que existe en el país sobre la LMGAI. En efecto, al año 2003, el 72.3% de la población femenina no conocía sobre la existencia ni el funcionamiento de la Ley. El grado de desconocimiento es mayor entre las mujeres que viven en el área rural (83.1%) respecto al área urbana (67.5%) (INEC, Sistema Integrado de Encuesta de Hogares. Módulo de Desarrollo Social, 2003).

Continuando con la evaluación, con respecto a la provisión de recursos y atención en planificación familiar, en 2004 el 30.6% de las mujeres casadas o unidas que usan anticonceptivos los obtienen del sector público incluido el Ministerio de Salud Pública mientras que la mayoría, un 63.2% los obtienen del sector privado (15.1% de establecimientos sin fines de lucro y 47.3% de establecimientos con fines de lucro). Estos resultados indican que la mayoría de mujeres aún deben financiar personalmente su necesidad de recursos de planificación familiar ya que la cobertura del MSP aún es baja. Aunque los indicadores muestran que la cobertura del MSP es mayor en el área rural (39.1%) respecto al área urbana (25.8%), el área rural presenta mayores índices de demanda insatisfecha de planificación familiar, con 10.9%, casi el doble respecto a un 6.3% en el área urbana (CEPAR, ENDEMAIN, 2004). La problemática de no cobertura es más grave entre mujeres sin instrucción (17.6% en 1999) y mujeres que trabajan en actividades agrícolas, forestales y de pesca (13.0%, en 1999). Estos indicadores evidencian que es necesario un esfuerzo mayor para llegar a estas poblaciones que por su condición de pobreza han cubierto en menor medida su demanda de anticoncepción. Una prueba de ello son los diferenciales en la accesibilidad a la fuente de obtención de métodos que afectan en mayor medida a estos grupos de mujeres.

La ENDEMAIN 1999 ofreció un indicador de accesibilidad que toma en cuenta el tiempo para llegar a la fuente de obtención de anticonceptivos. A nivel nacional, las mujeres casadas o unidas necesitan casi cuarenta minutos en promedio para llegar a la fuente. Pero el tiempo necesario es mayor en el área rural, donde las mujeres demoran un poco más de una hora para acceder a méto-

dos, y en la Amazonía donde necesitan una hora y cuarenta minutos para conseguir anticoncepción (CEPAR, ENDEMAIN, 1999).

Por otra parte, los indicadores arriba descritos sobre cobertura de anticonceptivos no ofrecen un panorama sobre el conjunto de mujeres que necesitan planificación familiar pues restringen la muestra a mujeres casadas o unidas que usan anticonceptivos. Como se discutió antes, las mujeres activas sexualmente fuera del matrimonio o la unión presentan proporciones altas tanto a nivel nacional y en particular entre mujeres jóvenes y adolescentes. Vimos además que este grupo de mujeres tiene una seria problemática de desinformación en cuanto a métodos anticonceptivos razón por la cual sus niveles de fecundidad han ascendido en la última década. En este sentido, hay un amplio trabajo que debe realizar aún el MSP y otras instituciones en cuanto a la difusión y cobertura de planificación familiar, con particular atención en las adolescentes.

En cuanto al acceso a servicios de salud materna, la tendencia de uso de servicios en cuanto a control prenatal, parto institucional y control posparto (en menor medida) se ha incrementado significativamente en la última década. No obstante, durante el período de la aplicación de la LMGAI (1999-2004), la tendencia en cuanto al control prenatal en establecimientos públicos se estancó como muestra la tabla 4. A pesar de ello, es notable que la aplicación de la Ley fue mayor en cuanto a partos institucionales. Es así que a 2004 el 43.6% de los partos de los últimos 12 meses se atendieron en establecimientos públicos, incluidos hospitales, centros y subcentros de salud. Esta es una cifra alta respecto a 16.7% que se atendieron en establecimientos privados. No obstante, es aún preocupante que un 17.9% se atendieron en su casa o con una partera (CEPAR, ENDEMAIN, 2004). A pesar de esto, el sector rural continúa siendo desatendido particularmente en cuanto a atención del parto institucional y al control posparto donde el porcentaje de mujeres que reciben este servicio en el área rural es 57.3% respecto a 89.4% en el área urbana. Sin embargo, cabe destacar que durante el período 1995-1999, el incremento del porcentaje nacional de los partos que fueron atendidos en instituciones públicas, se debe a una ampliación del servicio en el área rural (CEPAR, ENDEMAIN, 1999). A pesar de estas brechas, destacamos el hecho de que la demanda de estos servicios ha sido atendida en mayor medida por establecimientos del Estado.



<b>Tabla 4</b> <b>Evolución del uso de servicios de salud materna, 1989-2004</b>				
<b>Servicios</b>	1989	1994	1999	2004
<b>Control prenatal</b>	76.2	74.7	80.6	84.2
Urbano	86.9	82.9	88.9	90.8
Rural	64	66.1	70.8	76.4
Atención en lugar público	49	54.7	68.2	67.2
<b>Atención del parto institucional</b>	48.1	63.5	69.2	74.7
Urbano	85.1	84.2	86.2	89.4
Rural	11.6	41.9	49	57.3
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	72.9*	82.9	80.1	74.2
Cesárea	27.1*	17.1	19.9	25.8
<b>Control posparto</b>	45.2*	33.3	36	36.2
Urbano	53.9*	36.9	45.1	44.4
Rural	35.8*	23	25.4	26.5
*Las diferencias observadas los datos de 1989 respecto a los otros años se explican por la diferencia en la muestra de la ENDEMAIN 1989 para esta variable, que selecciona a mujeres casadas o unidas con algún hijo nacido vivo a partir de 1984. Fuentes: CEPAR, ENDEMAIN, 1989, 1994, 1999 y 2004.				

Un aspecto de la LMGAI que ha recibido críticas respecto a su cumplimiento es el criterio de gratuidad que allí se establece, sobre todo, en lo que respecta a la provisión de medicamentos a mujeres embarazadas, niños menores de 5 años y planificación familiar (Médico Sin Fronteras, 2003). Acerca de esto, la ENDEMAIN 2004 incorporó una pregunta sobre gastos por servicios de control prenatal y parto. Los resultados indican que el 18.9% de las mujeres embarazadas durante los últimos doce meses recibieron el servicio gratuito para el control prenatal, y el 28.5% no pagaron por la atención del parto. Las estadísticas indican que las diferencias son favorables para los sectores rurales y sectores sin escolaridad. Por ejemplo, hay una diferencia de 13 puntos porcentuales para el servicio gratuito durante el parto a favor del área rural; asimismo, las mujeres sin instrucción reciben esta asistencia gratuitamente en mayor medida que las que cuentan con algún grado de escolaridad, 40.7% y 27.7%, respectivamente. Además, los datos indican que en la Costa se recibe este servicio en un porcentaje menor que el resto del país (19% en comparación a un promedio de 39% en el resto del país). No obstante, estos indicadores señalan que a nivel nacional todavía existe un amplio sector, casi el 80% de la población que está financiando privadamente los servicios de atención materna. Parte de ello, puede ex-

plicarse, como ya anotamos, debido a que la población no conoce sobre la Ley, o probablemente porque como indican algunas fuentes, el criterio de gratuidad no se está aplicando.

Una variable que llama la atención, en cuanto al tipo de parto, es el incremento de casi 9 puntos porcentuales en las intervenciones por cesárea en el período 1989-2004 en detrimento de los partos vaginales, o partos normales. Históricamente, la aplicación de este procedimiento quirúrgico constituyó un avance tecnológico en materia de salud materna, porque en su momento determinó un descenso en la mortalidad infantil, ya que en situaciones de mala posición del niño, al momento del parto, necesariamente moría. Las cesáreas han sido de las una prácticas más frecuentes entre mujeres del área urbana, mujeres con mayores niveles de instrucción y mejores condiciones socio-económicas en concordancia con los mayores niveles de ingreso que ellas requieren para someterse a este procedimiento (CEPAR, 1994). En este sentido, un incremento de la aplicación de cesáreas también ha sido visto negativamente porque podría sugerir prácticas obstétricas antitéticas en los establecimientos de salud, por los réditos económicos que una intervención por cesárea provee frente a un parto vaginal. No obstante, detrás de este incremento, al igual que en las tasas de mortalidad materna, también se encuentra la mejora en los mecanismos de registro como uno de los logros de los programas impulsados en la década en materia de salud materna.

En definitiva, a pesar de los avances logrados, los resultados de esta sección indican que la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita es todavía una tarea pendiente, sobre todo, en los sectores que viven en áreas rurales y la población adolescente. En este aspecto, una política que se impulsó enfocada a los y las jóvenes y adolescentes, fue la aprobación de la ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor para la cual se diseñó un Plan por parte del Ministerio de Educación y Cultura, que para 2003 se lo elevó a nivel de Programa de la Educación de la Sexualidad. Sin embargo, esta Ley no ha sido aplicada (ODEPLAN, 2000; UNFPA-CONAMU, 2004).

En suma, podemos decir que resta un amplio espacio para la efectiva aplicación de los distintos planes que se han impulsado en el área de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo el Programa Nacional de Reducción de la Muerte Materna, y las Normas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

Por otra parte, es preciso hacer una reflexión más profunda acerca del avance en cuanto a derechos de la salud. Esta discusión es importante en vista del compromiso adquirido por el Ecuador en las conferencias de El Cairo y Beijing en cuanto a incorporar una visión de derechos a las políticas de salud sexual y reproductiva. Es preciso preguntarse hasta qué punto estas políticas han incorporado un enfoque de género que establezca diferencias en la atención para hom-

bres y mujeres de acuerdo a sus necesidades de salud particulares. Para responder esta pregunta es preciso dar una mirada histórica al proceso por el cual se forjó la visión que persiste hasta hoy en la cultura institucional de la salud respecto a la mujer y a sus derechos. Desde inicios de siglo, cuando las altas tasas de mortalidad de la niñez se convirtieron en una preocupación pública, el rol de la mujer en la sociedad fue el de asumir la atención de la salud de los niños como una obligación moral en su condición de madre: “su protagonismo se proyectaba con una mezcla de responsabilidad exclusiva y culpa sobre la situación de los niños” (León 2001: 176).

A través de los años, las madres fueron vistas como el eje de la intervención para impulsar la protección de la infancia, y las políticas que se impulsaron en este sentido determinaron que la maternidad sea el centro, alrededor del cual, se moldeó la identidad de la mujer (Clark, 2001). Por lo tanto, la mujer concebida únicamente en su rol de madre ha sido desde la óptica de las políticas públicas en los programas y servicio de salud un sujeto de las políticas y se la ha usado como agente efectivo de salud en la familia y en la comunidad, pues a través de ella se alcanzaban metas importantes, sobre todo, para reducir la mortalidad infantil (León, 2001).

El binomio madre-hijo como una prioridad de atención del MSP se tradujo en la implementación de varios programas dirigidos a atender la salud de los niños, entre los que destacan, en la década de los ochenta, el Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil, un programa que fue criticado por su tinte asistencial, en el que el “gobierno aparecía como el benefactor y redentor de la niñez” (Clark, 2001).

De una forma similar, hoy la mortalidad materna y en general la salud de las madres es una de las preocupaciones en las políticas de salud. Sin embargo, el enfoque no ha cambiado ya que se sigue abordando la salud de las mujeres exclusivamente desde su rol de madres. Actualmente, el binomio *madre-hijo* persiste como destinatario de las políticas de salud desde una noción de la salud como una responsabilidad de la mujer frente a sus hijos y su comunidad, más que un derecho por sí mismo. Al respecto se ha catalogado como un avance la creación del Comité de Género en el MSP en 1998 (Laspina, 2003: 129). Sin embargo, más allá de un cambio superficial en el uso del lenguaje que incorpora la distinción “hombres y mujeres, los y las”, etc., tanto esta como otras políticas discutidas anteriormente no han acarreado cambios en los comportamientos, trato y actitudes del personal de salud y en general en la cultura institucional.

Hoy, muchas mujeres todavía enfrentan tratos discriminatorios en los servicios de salud, por ejemplo, la exigencia de la autorización del esposo para la realización de ligaduras (UNFPA-CONAMU, 2004). En definitiva, en las prácticas cotidianas de los establecimientos de salud y su la política no han logrado

cambiar el enfoque exclusivo de la “mujer reproductiva a mujer sujeta de derechos” (Entrevista a Margarita Velasco, 2004; Comité Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2004). Más ampliamente, tal como se especificó en el Programa de Acción de El Cairo, la salud sexual y reproductiva debería estar orientada por los principios básicos del desarrollo humano y la responsabilidad social, intercaladamente. En este sentido, también queda un amplio camino por recorrer en las instituciones para cambiar la noción de salud como la mera ausencia de enfermedad, hacia un concepto de salud como el estado general de bienestar físico mental y social. En este sentido, las políticas de salud sexual y reproductiva deberían estar orientadas por el desarrollo de la vida y de las relaciones personales con un enfoque de género y no meramente el asesoramiento y la atención de las necesidades y afecciones biológicas de las personas (Comité Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2004).

La salud y los derechos también constituyen líneas de acción urgentes para uno de los grupos de la población más olvidados por nuestra sociedad. En la siguiente sección se hará una aproximación a la situación de los y las adultos mayores en el Ecuador, en el marco del fenómeno de envejecimiento como un cambio demográfico importante de largo plazo que ha empezado ya en el país, y para el que no estamos del todo preparados.

## Salud y derechos de las personas mayores

El envejecimiento es un fenómeno mundial que ha cobrado magnitudes importantes en países que han alcanzado niveles más avanzados de transición demográfica. No obstante, la población menor de 15 años a nivel mundial todavía excede a la población de 65 y más años. En el mundo en vías de desarrollo, América Latina ocupa el tercer lugar con el más alto índice de envejecimiento, siendo la primera región, el Caribe (muy influenciado por el caso Cubano), seguida por Asia (excepto Japón). No obstante, en nuestra región la población anciana se concentra en el cono sur y México (OPS 2004; U.S. Census Bureau, 2001). A pesar de que el mundo industrializado tiene los más altos índices de envejecimiento, más de la mitad de la población de adultos mayores vive en países en desarrollo de África, Asia, América Latina, el Caribe y Oceanía. (U.S. Census Bureau, 2001). En este sentido, la responsabilidad de los gobiernos de nuestra región para la población anciana es mucho más seria, pues como anticipamos al inicio de este trabajo, nuestros países partieron de niveles mucho más altos de fecundidad y el proceso de transición demográfica ha sido mucho más acelerado que en el mundo industrializado. A pesar de ello, los sistemas de seguridad social en América Latina y en particular en el Ecuador, presentan un escenario lú-

gubre en cuanto a salud de personas mayores que en 2001 constituían el 6.6% de la población (65 y más años) y el 9.1% (60 en adelante). Se estima que esta población, tanto en el Ecuador como en los países de la región Andina, se duplicará (OPS, 2004b). La tabla 5 provee un acercamiento al estado de la cobertura de seguridad social en el Ecuador, según distintas fuentes.

	1999 (a)	2001 (b)	2003 (c)	2004 (d)
Con cobertura	20.78	16.1	17.3	19.2
Sin cobertura	79.22	83.9	82.7	80.8

Fuentes: (a) INEC, ECV, 1999; (b) INEC, Censo de Población y Vivienda, 2001; (c) INEC, SPEH, EUED, 2003; (d) CEPAR, ENDEMAIN, 2004 (Resultados preliminares).

Aunque se observa un incremento en la población cubierta, no podemos afirmar que esto corresponde a la realidad ya que los datos, para cada año, corresponden a distintas fuentes. No obstante, es claro que en promedio algo más de 8 de cada 10 ecuatorianos no tienen acceso a ningún tipo de seguro de salud y o sistema de pensiones de seguridad social. En la tabla 6 se pueden observar las diferencias por área de residencia y de sexo de las personas.

De acuerdo a los datos de la ENDEMAIN 2004, se observa que a medida que aumenta la edad, aumenta la cobertura de seguridad de la población adulta (como se esperaba), no obstante, se estanca en 30% para la cohorte 45 a 59 años, y aumenta ligeramente para la cohorte 60 a 74 años (30.9%), pero vuelve a disminuir para el grupo mayor de 75 y más años, ubicándose en 28.4%. Cabe señalar que para los grupos de edad más avanzados, las principales fuentes de cobertura son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Campesino. En este sentido, al igual el resto de países Andinos, el Ecuador contrasta con el patrón observado en América Latina, en que las mayores proporciones de adultos mayores se encuentran en el área rural. Así, en el Ecuador a 2001, mientras el 6.4% de las personas de 65 y más años residen en las ciudades, el 7.1% de los adultos mayores residen en el área rural (INEC, Censo de Población y Vivienda, 2001). Por lo tanto, las políticas para los adultos mayores en el área rural deben continuar siendo una prioridad dentro del trabajo en este sector de la población.

Los datos de la misma tabla 6 también son una muestra de que la situación, hoy, de los y las adultas mayores, es el resultado de una historia pasada de ine-

quidades. La gran mayoría de ellos no pudieron acceder a un empleo durante su vida productiva que les asegure una vejez digna. Una muestra de ello es que entre las principales causas para que la población no se encuentre afiliada a ningún tipo de seguro social, un 22.8% no está afiliado porque es trabajador independiente y una cifra similar, 22.5% porque está desempleado. En otras palabras, algo más que 1 de cada 5 ecuatorianos, actualmente, enfrentan una situación de inseguridad social y económica debido a que ésta también fue su situación durante sus edades productivas. Esta situación se complementa con la exclusión que experimenta esta población, debido a una fuerte cultura negativa sobre el envejecimiento que se traduce en la falta de solidaridad generacional, por la que las familias, comunidades y Estado dan la espalda a las personas mayores al no considerarlas como seres humanos con derechos. Un reflejo de esa situación, es la mendicidad de las personas de la tercera edad como una población que marca los niveles de indigencia en el país (17.7% a nivel nacional según PNUD, 2004).

El Ministerio de Bienestar Social ha hecho un intento en atender la demanda de esta población, a través del Bono Solidario que a partir de 1998 ha beneficiado un 19% de la población mayor de 60 años a la época. Además, varios organismos no gubernamentales e instituciones sin fines de lucro en colaboración con el Ministerio de Bienestar Social han emprendido acciones a favor de las personas mayores indigentes, las que destacan por su enfoque de derechos y de atención integral a las personas mayores en situación de indigencia. Por ejemplo, la Fundación Abuelitos de la Calle, que opera en la parroquia El Girón en la ciudad de Quito atiende, actualmente, a 400 personas en necesidad. Como un dato alarmante, esta entidad estimó que un 80% de los atendidos en este hogar son mujeres (Entrevista a Marcela Barrantes, 2004).

**Tabla 6**  
Cobertura en los sistemas de aseguramiento en salud según área y sexo (en porcentaje)

Características	Con seguro
Total	19.2
Urbana	18.9
Rural	20.5
Hombres	21.2
Mujeres	17.3

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004 (Resultados preliminares).

En efecto, las mujeres enfrentan una situación de mayor vulnerabilidad en estas edades respecto a los hombres por distintas causas que han experimentado a lo largo de sus vidas, como se ha reflejado en parte en las distintas secciones de este trabajo. Por una parte, en concordancia con las persistentes brechas en cuanto a desempleo que las afectan, las mujeres presentan menores índices de cobertura de seguro social que los varones, así mientras un 10.3% de los hombres no están afiliados por estar desempleados, un 34% de las mujeres no están afiliadas por esta causa (CEPAR, ENDEMAIN, 2004). Por otra parte, en las opciones de afiliación no se considera a las amas de casa ni a aquellas que trabajan en el sector informal y terciario –que por cierto constituyen una proporción importante de este sector–, o las emigrantes de las cuales 92% no tiene ningún seguro (Reyes et al., 2000).

En cuanto a salud, a lo largo de su vida y actualmente desde muy tempranas edades, las mujeres experimentan distintos tipos de afecciones especialmente relacionadas con su salud sexual y reproductiva, y en este sentido, requieren una atención más amplia que los hombres. Más específicamente en su etapa de vejez, las mujeres requieren prioridad en la atención debido por una parte, a que constituyen la mayoría de la población de la tercera edad debido a su mayor esperanza de vida y mayor probabilidad de supervivencia. En Latinoamérica y el Caribe el 60% de adultos mayores de la región son mujeres (OPS, 2004b), y en el Ecuador, la proporción de mujeres a esas edades excede por 5 puntos a la de los hombres. Sin embargo, la razón de sexos asciende a medida que llegan a edades más avanzadas (INEC, Censo de Población y Vivienda, 2001). Además a nivel regional, una mayor proporción de mujeres que hombres ya no vive con sus maridos sino con un niño o pariente ya que típicamente las mujeres se casan con hombres mayores que ellas, enviudan más rápidamente y los hombres presentan mayor probabilidad que las mujeres de casarse nuevamente después del divorcio o muerte de su cónyuge (US Census Bureau, 2001). Estas situaciones junto con el rezago de las desigualdades que experimentaron a lo largo de su vida, explican que la situación de las mujeres de la tercera edad sea preocupante en cuanto a sus derechos. “De acuerdo con datos de la Dirección Nacional de Riesgos y Prestaciones del IESS, solo 7.600 mujeres de la tercera edad eran, para 1999, beneficiarias de los derechos adquiridos como jubiladas y de los programas de recreación organizados por esa institución” (Reyes et al., 2000: 20).

El irrespeto a los derechos de las personas mayores es un fenómeno que afecta tanto a hombres como a mujeres. Por ejemplo, el número de beneficiarios del seguro del IESS asciende a 122 mil jubilados de un aproximado de 900 mil personas en demanda de atención. No obstante, un aspecto que ha implicado la inseguridad y carestía económica que experimentan estas personas son los montos extremadamente bajos de las pensiones que reciben hombres y mujeres después de haber aportado toda su vida. Un evento que visibilizó de una manera

trágica esta situación fue la huelga de hambre que protagonizaron cientos de adultos y adultas mayores en Quito y Guayaquil durante dos semanas en el mes de julio de 2004, la misma que desembocó en la muerte de 15 de ellos en ambas ciudades. Solo después de este hecho extremo, el Gobierno del Ecuador accedió a su demanda de incremento en las pensiones: desde montos tan bajos como 40 dólares mensuales a una pensión mínima jubilar de 135 dólares. No obstante, hacia finales de 2004, este decreto fue negado por el Gobierno y el incremento inicial se redujo a una quinta parte de lo asignado.

En general, son pocas las acciones que se han emprendido a favor de la población adulta mayor, que incluyen intervenciones del Ministerio de Bienestar Social a través del coauspicio a varios organismos no gubernamentales fundaciones e iglesia de 70 centros que incluyen comedores comunitarios, talleres, acilos, centros geriátricos de atención del día. Desde el Ministerio de Salud se han impulsado centros de asistencia primaria en salud, y el microprograma del adulto mayor, que en conjunto benefician a aproximadamente 4 mil de los 900 mil ancianos en demanda de atención (población de 65 y más años), (Entrevista a Marcela Barrantes, 2004). Como una acción digna de destacarse está la Cátedra en Geriátrica que opera en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Por otra parte, está la Ley Especial del Anciano, que sufrió varias modificaciones durante la década y cuya aplicación en las prácticas cotidianas es escasa. El desconocimiento de la ley que garantiza una serie de derechos a las personas mayores, junto con la cultura negativa que persiste acerca de la vejez, implica que constantemente, los derechos de las personas mayores sean violados sin que exista una normativa legal que los ampare. Algunos de estos derechos, que están contemplados en la ley, incluyen el derecho a la independencia económica, a la atención sanitaria especializada en geriatría-gerontología, a la educación y capacitación para la autorrealización plena de su potencial, a residir en su propio hogar, y a la protección por parte de su familia y comunidad y el derecho a la participación activa en distintas esferas de la sociedad (Buendía, 2004, tomado del prólogo sobre los Derechos Humanos de los Adultos Mayores por las Naciones Unidas). Además, la Ley Especial del Anciano en el Ecuador estipula el derecho a exoneraciones de impuestos fiscales y municipales, descuentos del 50% en servicios de transporte aéreo, terrestre marítimo y fluvial, y espectáculos públicos, servicios de energía eléctrica, agua potable, teléfono hasta montos determinados, y sanciona el abandono por parte de las familias o personas que están legalmente obligadas a cuidarlo (Registro Oficial, 806, 6-XI-91). El camino que separa la existencia teórica de estos derechos y su actual cumplimiento es el reto que tanto autoridades como sociedad civil, familias y comunidades debemos asumir para poder afirmar que vivir más años en este país es en efecto un indicador de desarrollo humano.



## Conclusiones y retos

A lo largo de este trabajo se han resumido algunos de los cambios más importantes que la población del Ecuador ha experimentado en aproximadamente 15 años. Entre ellos, se destacan la continuación del descenso de la fecundidad, y la mortalidad general de acuerdo con el cambio del perfil de la mortalidad en el Ecuador, aunque las tasas se han estancado en los últimos 7 años y permanecen altos para las poblaciones rurales, sin instrucción, e indígenas y de otros grupos étnicos. En la misma línea, las muertes maternas y de los niños han continuado su descenso, no obstante, también manifiestan variaciones especialmente en los años de crisis económica en el país, y sus niveles continúan siendo altos, en particular para los grupos mencionados. Parte de la situación de crisis que golpeó al país, durante la década, explican las variaciones de la población en este período producto de niveles altos de migración internacional, en relación a décadas pasadas.

En lo que respecta a indicadores demográficos de las mujeres, la fecundidad del grupo de adolescentes es el único que ha manifestado un incremento, principalmente debido a la amplia desinformación que este grupo de jóvenes tienen acerca de su sexualidad y las formas de prevenir los embarazos que a su edad tienen efectos negativos para su desarrollo. Se revisó, además, que la alarmante situación de violencia sexual que afecta a este grupo de mujeres, que deriva por una parte de representaciones tradicionales de la sexualidad masculina y femenina que persisten y se reproducen en los procesos de urbanización y globalización.

Por último, constatamos la mejora en el acceso a los servicios de salud de la mano con el acelerado proceso de urbanización han determinado que hoy hombres y mujeres en el Ecuador vivan más que hace 15 años. Sin embargo, un número significativo de ellos no necesariamente viven mejor pues están ampliamente desprotegidos en cuanto a seguridad social.

En vista de los cambios que la población del Ecuador ha experimentado y que continuará en las décadas siguientes en parte debido a una especie de inercia característica de la dinámica demográfica, es preciso preguntarse de qué manera han acompañado estos cambios las políticas que se han impulsado en este período. El Programa de Acción al que el Ecuador se comprometió en El Cairo en 1994, enfatizó en la necesidad de incorporar lineamientos estratégicos en las políticas de desarrollo enfocadas hacia determinados grupos de la población en mayor riesgo de marginalidad por factores étnicos, de género y de área de residencia. A pesar de que se han formulado una serie de políticas, durante este período en parte tras ese compromiso adquirido en 1994 y anteriormente en Beijing, la constante es que esas políticas no se traducen en acciones concretas que se reflejen en cambios especialmente para esos grupos de mayor riesgo. Como excepciones en la revisión que hemos hecho en este trabajo podemos destacar has-

ta cierto punto la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita en lo que respecta a la ampliación del acceso de servicios para el parto institucional con un efecto en el descenso de las muertes maternas. Sin embargo, una gran parte de las políticas que se han impulsado en el tema de población, y específicamente en cuanto a salud sexual y reproductiva y políticas de atención a adultos mayores, no han alcanzado un estado de concreta aplicabilidad. Mucho de esto se explica entre otros factores, por los escasos recursos que se asignan al sector social en el Ecuador.

La desatención de la cuestión social en el Ecuador no es una novedad. La escasez de recursos para la inversión social ha sido una constante, y su tendencia desde finales de la década de los ochenta en adelante, ha sido decreciente. De hecho en 2000 solo el 15% del presupuesto fiscal (5% del PIB) se destinaban a este sector. En desmedro de la educación y la salud de la población, se ha priorizado el pago de la deuda pública externa que ocupa casi la mitad del presupuesto fiscal (48% del presupuesto general y 9% del PIB a 2004), mientras que los recursos para estos sectores han sido bajos y con tendencia decreciente (1% y 2.3% del PIB respectivamente a 2004), e incluso son inferiores al gasto militar (2.8% del PIB) presenta un incremento desde 1990 (STFS, 2003; PNUD, 2004).

La naturaleza inequitativa de la asignación de recursos para el desarrollo de la población, ubica al Ecuador en el peor lugar en cuanto a la realización de metas de inversión social per cápita respecto a América Latina. Mientras en 47 años el resto de América Latina en 2001 alcanzó el nivel de inversión social per cápita de 540 dólares anuales promedio, en el Ecuador dicha inversión es de 130 dólares (Acosta, 2004). De este modo, el compromiso asumido por el Ecuador en convenios internacionales para el desarrollo humano como El Cairo y Beijing, debe enfrentarse a los compromisos económicos que el Ecuador mantiene, sobre todo, con instancias como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial en concordancia con su participación en instancias como el Consenso de Washington. Las políticas denominadas de ajuste que estos organismos requieren y a las que el Ecuador debe comprometerse por su situación de dependencia asimétrica como deudor, han conducido a un paulatino proceso de liberalización comercial que ha marcado las políticas económicas de la década de los noventa y parte de 2000, en desmedro de las condiciones de vida de la población, especialmente de los grupos más marginados.

El carácter antisocial de esas políticas junto con los alarmantes grados de corrupción que protagonizan en mayor medida los más poderosos del país, y los efectos de fenómenos naturales, desembocaron en el colapso del sistema financiero y la peor crisis económica y social que experimentó el Ecuador hacia finales de la década de los noventa. El esquema de dolarización que se planteó como la úni-

ca alternativa de salida a esta crisis, hoy presenta un escenario futuro incierto pues su sustentabilidad depende de factores tan variables como los ingresos petroleros y las remesas de los emigrantes. El conjunto de estos eventos y políticas se reflejan actualmente en los alarmantes índices de desigualdad del ingreso que caracterizan al Ecuador como uno de los países con peores distribuciones del ingreso en Latinoamérica y en el mundo (43.7 coeficiente Gini).

Los niveles de pobreza son igualmente elevados, de acuerdo al censo de Población y Vivienda de 2001: 6 de cada 10 ecuatorianos no han logrado satisfacer sus necesidades básicas, (STFS, 2003) y el número de ecuatorianos bajo el umbral de la pobreza de ingresos ha sido creciente durante la década de los noventa. La población pobre en este período ascendió a 35% en promedio durante el 1990-2001 (PNUD, 2004), alcanzando niveles extremos durante 1998 y 1999. Más aún, como anticipamos al inicio de este trabajo, la pobreza afecta con más fuerza a la población indígena y afroecuatoriana, y a las personas que residen en su mayoría en áreas rurales y urbano-marginales en las ciudades.

A lo largo de este trabajo se ha demostrado, que los mayores rezagos en cuanto a tendencias demográficas los lleva la población sin instrucción, indígenas y de otros grupos étnicos, sectores que viven en áreas rurales, y las personas mayores. A través de los indicadores expuestos arriba, es fácil deducir que la pobreza, resultado de la separación entre políticas sociales y políticas económicas, es el factor determinante para que estos sectores no hayan alcanzado los estados de transición demográfica en el que se encuentra el resto del país.

Pensar en el largo plazo es tener esa capacidad de estar listos para recibir a la gente de las nuevas generaciones con una posibilidad de que vivan su propio presente y futuro. Es corregir las deformaciones que los sistemas económicos actuales han provocado, desplazando a grandes grupos de la población, privilegiando el desarrollo de ciertas zonas, apartándose y sin conocer las necesidades reales de las personas en sus especificidades y características (ODEPLAN, 1999).

Esa capacidad de pensar en el largo plazo es el factor clave en la propuesta de la integración entre población y desarrollo, que lamentablemente ha sido opacada por el divorcio entre economía y sociedad al impedir que las políticas que se han planteado con importantes avances en el enfoque de derechos, se traduzcan en cambios palpables en el bienestar de los sectores más marginados del país. En este sentido, no es suficiente haber incorporado un enfoque integrador entre la dinámica demográfica y el desarrollo sustentable como en efecto se ha planteado en la actual política de población (ver ODEPLAN 1999, 2000).

Es necesario ir más allá, y cuestionar el concepto mismo del desarrollo y de las condiciones en las que las políticas sociales se traducen, en efecto, en avances hacia el bienestar de la población, o en un retroceso debido a las prioridades de corto plazo que las políticas económicas actuales requieren. Más ampliamente, la relación entre población y desarrollo es un aspecto que debería reconsiderarse a la luz de nuevas formas de definir y concebir el desarrollo. Si bien, la CPID fue un hito en cuanto al cambio de enfoque en la política de población ligada a la política de desarrollo, la noción de desarrollo sustentable como se la uso en El Cairo propuso la integración de la población en estrategias de desarrollo existentes, sin hacer un cuestionamiento sobre los medios para su efectividad a través de regímenes comerciales que inciden negativamente en las condiciones de vida de los sectores más marginales en países en vías de desarrollo (Buss, 1999). Proponemos, pues, que tanto como se ha enfatizado en el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, la relación entre estos y los derechos económicos y sociales es el de orientar las propuestas de población y desarrollo en los acuerdos internacionales a futuro con más fuerza, partiendo del concepto mismo de derechos sexuales y reproductivos como la posibilidad de hombres y en particular de mujeres de “decidir y controlar las decisiones sobre su propio cuerpo y fecundidad como la base fundamental para el disfrute de otros derechos económicos y políticos” (Programa de Acción de El Cairo, cit. en CEPAL, 1997: 10).

## Bibliografía

- Acosta, Alberto (2004) “La trampa de la prudencia fiscal”. *La Insignia*, 24 de noviembre de 2004. En [http://www.lainsignia.org/2004/noviembre/econ\\_012.htm](http://www.lainsignia.org/2004/noviembre/econ_012.htm), visitado en enero 2005.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1998) *Facing up to inequality in Latin America*. Washington D. C.: Johns Hopkins University Press.
- Buendía, Patricio (2004) *El adulto mayor ecuatoriano y sus derechos*. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología.
- Buss, Doris E (1999) “Succeeding Women: International Feminism and The Cairo Conference on Population and Development”. Reino Unido: Keele University, Staffordshire. En [http://www.essex.ac.uk/ECPR/events/jointsessions/paperarchive/mannheim/w17/bu\\_ss.pdf](http://www.essex.ac.uk/ECPR/events/jointsessions/paperarchive/mannheim/w17/bu_ss.pdf), visitado en enero 2005.
- Camacho, Gloria (2001) “Relaciones de género y violencia”. En *Antología de estudios de género*. Gioconda Herrera, comp. Pp.115-161. Quito: FLACSO-Ecuador-ILDIS.
- Carrillo, M. Cristina, et al (1998) “Proporcionando anticoncepción de emergencia en el Ecuador: Evaluando los impactos del entrenamiento y la práctica”.

- International Center for Research on Women. En *www.icrw.org*, visitado en diciembre 2004.
- CELADE (2002) *Propuesta de indicadores para el seguimiento de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo, No. 26. En *www.cepal.org/celade*, visitada en noviembre 2004.
- CELADE-UNFPA (2004) *Sistema Regional de indicadores para el seguimiento del programa de acción de la CPID*. En *www.cepal.org/celade*, visitado en diciembre 2004.
- CEPAL (1997) *Pobreza e inequidad de género: salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL-CELADE (2005) “Estimaciones y proyecciones de población”. En *www.cepal.org/celade*, visitado en enero 2005.
- CEPAR (1990). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-1989, Quito, Ecuador: CEPAR.
- (1995). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-1994, Quito, Ecuador: CEPAR.
- (2000). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN III-1999, Quito, Ecuador: CEPAR.
- (2005). Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-2004, Quito, Ecuador: CEPAR.
- CEPAR-UNFPA-INEC (2003) *Situación de los adolescentes y jóvenes en el Ecuador*. Quito: CEPAR-UNFPA-INEC.
- Clark, Kim (2001) “Genero, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador 1910-1945”. En *Antología de estudios de género*. Gioconda Herrera, comp. Quito: FLACSO-Ecuador-ILDIS.
- Comité Nacional de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos (2004) *Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Quito: MSP-CONAMU-UNFPA. No publicado,
- CONAMU-UNFPA (2004) Ecuador 1994-2004. Evaluación del cumplimiento de los *compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994*. Quito: CONAMU-UNFPA.
- Freire, Wilma (1992) “Mujer y salud”. En *Entre los límites y las rupturas. Las mujeres ecuatorianas en la década de los ochenta*. Pp. 171-205. Quito: CEPLAES-ACDI.
- Guiomar, Bay et al (2003) *Determinantes próximos de la fecundidad*. Serie Población y Desarrollo, No. 43. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.
- Herrera, Gioconda (2001) “Los estudios de género en el Ecuador”. En *Antología de estudios de género*. Gioconda Herrera, comp. Pp. 9-60. Quito: FLACSO-Ecuador-ILDIS.

- INNFA, Boletín, noviembre (2002) Ley de Maternidad Gratuita. En <http://www.innfa.org/noticias/noviembre02/TEMA%20A%20FONDO.html>, visitado en enero 2005.
- ISIS (2003) “Anticoncepción de emergencia, el secreto mejor guardado”. En *Agenda salud*. Programa Mujeres y Salud de ISIS Internacional, 29. Santiago de Chile: ISIS.
- Keyzers, Loes (2003) “Women and Population Questions: From Rio to Cairo and Beyond”. *Vena Journal*, 5 (2): 43-52.
- Laspina, Carmen (2003) “De la salud materno infantil a la salud sexual y reproductiva”. En *Población y desarrollo: pasado y presente en el Ecuador*. Pp. 116-131. Quito: UNFPA.
- León Trujillo, Magdalena (2001) “Políticas neoliberales frente al trabajo femenino, Ecuador 1984 1988”. En *Antología de Estudios de Género*. Gioconda Herrera, comp. Quito: FLACSO-Ecuador-ILDIS.
- MacKeen, Dawn (2001) “What’s causing early puberty?” En *Mothers who think*, [www.salon.com](http://www.salon.com).
- Médicos Sin Fronteras (2003) Situación de la infección por HIV/SIDA en Ecuador. Quito. No publicado.
- Miracle Tina S. et al. 2003. *Human Sexuality. Meeting your basic needs*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Naranjo, Mariana (1992) “Condiciones actuales y tendencias de la población en el Ecuador”. En *Entre los límites y las rupturas. Las mujeres ecuatorianas en la década de los ochenta*. Pp. 19-61. Quito: CEPLAES-ACDI.
- ODEPLAN (1999) *Ecuador al segundo milenio. Una propuesta de población y desarrollo*. Quito: Oficina de Planificación Presidencia de la República.
- ODEPLAN-UNFPA (2000) *Estudio de población del Ecuador*. Quito: Oficina de Planificación-Presidencia de la República.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) *Perfil de los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe*. En [www.opsecu.org](http://www.opsecu.org), visitado en diciembre 2004.
- PNUD (2004) *Informe sobre Desarrollo Humano 2004*. Nueva York: Ediciones Mundi-Prensa.
- Reyes, Natacha y Gloria Camacho (2000) *Violencia de género contra las mujeres*. Quito: PNUD-CONAMU.
- Rivadeneira, Luis (1999) “Insumos sociodemográficos en la gestión de políticas sectoriales”. Serie Población y Desarrollo, No. 11. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sandoval Laverde, Mariana (2002) *Dimensión, naturaleza y entorno de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes en el Ecuador*. Quito: Organización Internacional del Trabajo y Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. No publicado.
- Secretaría Técnica del Frente Social (STFS) (2003) *Políticas sociales para la reduc-*

- ción de la pobreza*. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social.
- Secretaría Técnica del Frente Social-SIISE (2004) *Tendencias del desarrollo social en el Ecuador 1990-2003*. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social.
- U.S. Census Bureau. (2001) "20 Questions About Global Aging". En *An Aging World*.
- UNICEF (2004) *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2003*. Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Quito: UNICEF.
- Wong, Laura (2001) *Composición de la población - Anotaciones de aula para su análisis introductorio según distribución espacial, sexo y edad*. Cedeplar BH-MG. Texto didáctico/ Mimeo. Capítulos 1, 2 y 3. En <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/docentes/lwong.html>, visitado en enero 2005

## Entrevistas

- Luis Rivadeneira, funcionario de ODEPLAN. Quito, diciembre 2004.
- Laura Wong, profesora de Demografía, CEDEPLAR, Brasil. Quito, diciembre 2004.
- Marcela Barrantes, presidenta de la Fundación Abuelitos de la Calle. Quito, enero 2005.
- Margarita Velasco, Secretaria del Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Quito, enero 2005.
- Susana Guijarro, directora de la Unidad de Atención Integral para Adolescentes, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Quito, diciembre 2004.

**Anexo 1**

**Marco internacional y cronología de leyes y políticas de la población en el Ecuador 1974-2004**

Como un instrumento para mirar en contexto los resultados presentados en este trabajo, a continuación se presenta un resumen de los principales antecedentes en materia de población pre y post El Cairo, los compromisos asumidos por el Ecuador, y las políticas y leyes como resultado de esos compromisos. En concordancia con los énfasis del trabajo, se identificarán también políticas y acciones en cuanto a salud y derechos sexuales y reproductivos, y salud y derechos de los y las adultos mayores.

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
1974	- Se crea el Consejo Nacional de Población como organismo asesor adscrito a la Presidencia de la República con ocasión del Año Mundial de la Población y de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest		
1978	- Por mandato constitucional, se crea el Consejo Nacional de Desarrollo CONADE para proveer una institucionalidad que fije la política poblacional, en el marco de la Constitución Política de 1978.		
1982	- Se crea la Unidad de Población al interior del CONADE para definir una política orientada a integrar la política de población con la política de desarrollo.		
1987	- Desde el CONADE, se define una Política de Población que incorpora las variables demográficas en planes de desarrollo, en cuanto a empleo, género, salud de la niñez, mejorar la distribución espacial de la población y regular su crecimiento.	- Creación del Programa Nacional de control de VIH/SIDA	
1991			- Se promulga la Ley del Especial del Anciano que garantiza derechos a un nivel de vida digno que incluye la salud especializada para este grupo de edad y estipula descuentos del 50 % para las personas de la tercera edad en diferentes servicios.



Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se crea la Comisión Nacional de Población para impulsar la Política de Población, sin embargo esta no se implementa.</li> </ul>		
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se celebra en el Cairo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CPID, donde se llega a un consenso internacional con 179 países sobre temas de población, crecimiento económico y desarrollo sostenible, salud sexual y reproductiva, equidad de género y derechos de los adolescentes y jóvenes. El Ecuador asumió compromisos de integrar las políticas de población y desarrollo, impulsar la desaceleración del crecimiento demográfico mediante la educación, los derechos a la paternidad responsable, el género como una dimensión transversal. Su posición fue ambigua en cuanto a salud reproductiva y derechos reproductivos.</li> <li>- Se promulga el Plan Nacional de Acción en Población 1994-1996, CONADE 1994 donde se incorporan prioridades de educación, salud con énfasis en salud materno-infantil y derechos sexuales y reproductivos, fortalecimiento de la familia en torno a una política de desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se activan las comisarías de la mujer y de la familia. Hoy existen 23 en todo el país.</li> </ul>	
1995		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promulga la Ley 103 contra la violencia a la mujer y a la familia.</li> <li>- Se promulga en Italia el Consenso sobre la Anticoncepción de Emergencia en el que hace un llamamiento a los países para la difusión de las píldoras de emergencia.</li> <li>- Creación del CONASIDA por decreto Ministerial.</li> </ul>	

## Mujeres y población

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promulga la Agenda Social que incorpora un segmento sobre población impulsando la promoción de información demográfica para apoyar la toma de decisiones en cuanto a políticas sociales con énfasis en la equidad de género, equidad social y reducción de la pobreza.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incorpora en la Ley especial del anciano el derecho a obtener 50 % de exoneración en los servicios médicos privados, pero se lo elimina en 2001.</li> </ul>
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promueve el Plan Nacional de Desarrollo donde se priorizan los temas de pobreza, equidad y promoción del capital humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se crea el CONAMU como una instancia que promueve y formula políticas públicas con equidad de género y promoción de derechos.</li> <li>-El MSP impulsa el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna.</li> </ul>	
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promulga el Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional "Ecuador 2025" que enfatiza al tema de población como un factor hacia el mejoramiento de la calidad de vida.</li> <li>- Se elabora la Agenda Social del Gobierno donde se incorpora la política de población.</li> <li>- Dada la ineficiencia de estos instrumentos, por reforma constitucional se elimina el CONADE y la Secretaría General de Planificación SEGEPLAN con el objeto de crear un vínculo directo con la Presidencia en un esfuerzo por descentralizar el sistema nacional de planificación y promover la participación de los gobiernos seccionales y organizaciones sociales (artículos 254 y 255).</li> <li>- Se crea la Oficina de Planificación de la Presidencia de la República, ODEPLAN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promulga la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia que garantiza prestaciones en relación a todas las etapas del embarazo, detección de cáncer ginecológico, planificación familiar, atención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Hoy operan Comités de Usuarías en 67 cantones.</li> <li>- Se realizaron y aprobaron reformas constitucionales al Código Penal que tipifican al acoso sexual como delito; se incluyó la prohibición de encarcelamiento a mujeres embarazadas; y la despenalización de la homosexualidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incorpora en la Constitución una sección específica sobre seguridad social planteando conformar un Sistema Nacional de Seguridad Social con criterios de eficiencia y descentralización.</li> <li>- El Bono Solidario incorpora como beneficiaria a la población de la tercera edad en situación de pobreza.</li> </ul>

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
1998		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incorpora en la Constitución una sección específica sobre salud que plantea la creación de un Sistema Nacional de Salud para impulsar la modernización y eficiencia del sector.</li> <li>- Se crea el Programa Nacional de Reducción de la Muerte Materna.</li> <li>- El Congreso Nacional por gestión de las ONG emite la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor. No se ha aplicado.</li> <li>- El Ministerio de Salud expidió un Acuerdo Ministerial declarando la violencia contra la mujer como un problema de salud pública</li> <li>- Dentro de la reforma al código de menores se amplía la protección a la mujer embarazada y madre trabajadora.</li> <li>- El MSP en coordinación con CONAMU expide el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva donde se incorporan normas relacionadas a la salud sexual adolescente y al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>- El MSP incorpora un Comité de Género.</li> </ul>	

## Mujeres y población

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
2000	<p>- Se crea el Plan Nacional de Desarrollo 2000 – 2003 donde se incorpora la política de población como eje transversal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA y en ese marco el instituto Nacional del Sida, y el proyecto global de prevención de VIH/SIDA</li> <li>- Leyes de amparo al paciente y defensa del consumidor, garantizan exigir derechos de buena atención en servicios de salud.</li> <li>- Se impulsa una consulta nacional a los y las jóvenes desde la Dirección Nacional de la Juventud del MBS para incluirlos en las decisiones sobre políticas para su beneficio; sin embargo, los jóvenes no son convocados de forma regular.</li> </ul>	
2001			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley de Seguridad Social – incluye la separación de seguros, autonomía de proveedores, pago por producción realizada e incremento de cobertura familiar y especial.</li> </ul>
2002		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud- plantea la realización del Plan Integral de Salud para impulsar la colaboración Inter-institucional en torno al tema de salud.</li> <li>- Se realizó en Quito la Primera Conferencia Internacional del Consorcio Lati-noamericano de Anticoncepción de Emergencia</li> </ul>	

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
2002		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva a cabo la Cumbre del Milenio (Naciones Unidas) en la que el Ecuador se comprometió entre otros objetivos, a reducir la mortalidad infantil y materna y mejorar su salud, promover la igualdad de género y combatir el VIH/SIDA.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se expide un reglamento especial de procedimientos para el tratamiento de los delitos sexuales en el sistema educativo que sanciona con suspensión a los docentes que cometan este delito</li> </ul>	
2003		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de la reforma de la constitución en 1998, se aprueba el Nuevo Código de la Niñez y Adolescencia</li> </ul>	
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se crea la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SEN-PLADES. Sin embargo, no se ha logrado la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema de Planificación. El Sistema propuesto aún no ha logrado consolidar la priorización en cuanto a asignación de recursos y orientación de políticas públicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se entrega un proyecto de reforma a la Ley especial del Anciano para incluir sanciones penales para quienes violan los derechos de la tercera edad.</li> <li>- Tras la protesta de jubilados en Quito y Guayaquil se aprueba el incremento de la pensión jubilar a un monto mínimo. No obstante, a finales del año se niega este decreto y el incremento se mantiene por un quinto de lo acordado</li> </ul>

## Mujeres y población

Año	Población	Salud y derechos sexuales y reproductivos	Salud y derechos de los y las adultos mayores
Otras acciones realizadas durante la década		- Se crea el Centro de Aprendizaje de Tecnologías Aplicadas en Salud, conjunto entre ONGs y Ministerio de Salud para promover información sobre salud reproductiva para adolescentes..	

### Fuentes:

ODEPLAN, UNFPA, *Estudio de Población del Ecuador*, Quito 2002;  
 CONAMU, UNFPA, *Ecuador 1994-2004 Evaluación del cumplimiento de los compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994*, Quito 2004;  
 Reyes, Natacha, Camacho, Gloria (2000) *Violencia de género contra las mujeres*, Quito, PNUD-CONAMU: 2001;  
 SISSE (2004) *Tendencias del desarrollo social en el Ecuador 1990-2003*. Secretaría Técnica del Frente Social. Unidad de Información y Análisis SISSE. Quito;  
 Comité Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (CNSDSR) 2004 *Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos*, MSP, CONAMU, UNFPA, Junio 2004;  
 Organización Panamericana de la Salud Respuesta al VIH/SIDA: Acceso a antirretrovirales Panorama Regional. Legislaciones e hitos sobre acceso a tratamientos en Latinoamérica y el Caribe  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/acceso-arv-06.doc> Enero 2004.