

FUSA

UNFPA

SISTEMATIZACION

INFORME FINAL

Participación en Salud en la Provincia de Orellana, un aporte al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva

Dra. Zaida Betancourt Aragón

Quito, Septiembre, 2010

Í N D I C E

C O N T E N I D O		P A G S
1. ANTECEDENTES		
2. CONTEXTO		
2.1.	Contexto internacional	
2.2.	Contexto nacional	
	2.2.1. La cooperación del UNFPA	
2.3.	Escenario de la experiencia: Provincia de Orellana	
	2.3.1. Proyecto FUSA-UNFPA en Orellana	
3. METODOLOGIA DE LA SISTEMATIZACION		
3.1.	Hipótesis de acción	
3.2.	Objetivos específicos	
4. LA EXPERIENCIA		
4.1.	Los promotores de salud y la salud sexual y reproductiva de Orellana: la garantía del acceso a la atención de salud de la población rural e indígena.	
4.2.	La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia, instrumento para dinamizar el sector salud: un aporte de la participación en salud desde los comités de usuarias.	
	4.2.1. Los comités de usuarias.	
	4.2.2. Fortalecimiento del sector salud para responder a la atención en salud sexual y reproductiva.	
	4.2.3. La intersectorialidad aportando a la salud sexual y reproductiva de Orellana.	
4.3.	La participación juvenil construye la salud sexual y reproductiva en Orellana.	
	4.3.1. Centro de información juvenil Marañas	
	4.3.2. Mesa cantonal de jóvenes	
5. APRENDIZAJES		
6. A MANERA DE CONCLUSION		
7. CONSIDERACIONES PARA TRABAJAR A FUTURO		
A N E X O S		
	Anexo 1: Bibliografía y documentos revisados	
	Anexo 2: Lista de entrevistados y entrevistadas	
	Anexo 3: Convenio de transporte de emergencia en el cantón Loreto.	
	Anexo 4: Siglas utilizadas	

1. ANTECEDENTES

La Fundación de Salud Amazónica (FUSA) es una organización de campesinos y campesinas, sin fines de lucro, que realiza un trabajo solidario y organizativo, para mejorar la salud y las condiciones de vida de las comunidades rurales y urbano marginales de Orellana y Sucumbíos en la Amazonía ecuatoriana.

FUSA trabaja en la provincia de Orellana desde 1992, y desde 1996 obtuvo la personería jurídica. La Fundación se conformó con 33 socios fundadores, que fueron básicamente líderes representantes de comunidades rurales, en su mayoría promotores de salud. (FUSA, 2006).

FUSA desde el año 2001 ha sido la contraparte provincial en la ejecución de planes anuales del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para desarrollar el Programa País de UNFPA, a través de cuatro componentes: 1) Educación de la sexualidad, 2) Salud sexual y reproductiva, 3) Población y desarrollo, y 4) Género y participación.

FUSA-UNFPA han desarrollado estrategias de trabajo que articulan la participación social y el fortalecimiento institucional en salud para mejorar la oferta y el acceso de salud sexual y reproductiva (SSR) de la población con énfasis en mujeres y jóvenes rurales. En este proceso, han ejecutado interesantes experiencias de participación social en temas de educación de la sexualidad, fortalecimiento de los comités de usuarias, redes de transporte de emergencia, participación de jóvenes, entre otras.

Es interés de los organismos gubernamentales (Dirección Provincial de Salud de Orellana), FUSA y UNFPA recuperar estas experiencias, sobre todo los aprendizajes para que se constituyan en insumos de los procesos de continúan desarrollándose en lo local, esto es se pretende que la sistematización brinde elementos a los diversos actores en salud de la Provincia de Orellana para fortalecer sus procesos en salud.

Esta sistematización sobre “La participación en salud en la Provincia de Orellana, un aporte al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva” tiene como propósito aprender del proceso de participación ciudadana en salud desde el trabajo realizado por los promotores de salud¹, los comités de usuarias y la juventud, en el desarrollo del sector salud, específicamente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; todo ello en el marco del proyecto FUSA-UNFPA y la coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Orellana.

Se parte de un concepto amplio de participación en salud, más allá de la Gestión de Políticas Públicas al permitir un fortalecimiento de la relación Estado-sociedad civil y que inserta en el tejido social, promueve significaciones incluyentes, en el seno del movimiento social.

Este documento socializa el proceso de sistematización de participación en salud en Orellana, para lo cual ubica en primera instancia el contexto internacional, nacional y local que se relaciona con las temáticas abordadas y que ubica el escenario de intervención. Luego establece la metodología para desarrollar la experiencia desde la

¹ Existen al menos tres documentos sistematizados sobre el trabajo de los promotores de salud en la Provincia de Orellana. (FUSA, 2006; Sandi Yura, 2006; FUSA y Sandi Yura, 2007).

voz de los promotores de salud, los comités de usuarias y la juventud. Para finalizar, se presentan los aprendizajes que se desprenden desde los diversos actores y dan pautas para futuros procesos de participación en salud. Se plantean algunas conclusiones y recomendaciones.

Se espera que la sistematización de la experiencia diversa de la participación en salud en la provincia de Orellana permita visibilizar los aportes de los diversos actores y promover el debate que en los momentos políticos actuales y a partir de la nueva constitución establecen una serie de retos para la construcción de la democracia en el Ecuador. La salud es un eje que posibilita el desarrollo integral de los pueblos y de las personas y se ha acumulado alguna experiencia en la inclusión de la diversidad en el quehacer sanitario desde las políticas públicas con una interesante participación de la ciudadanía diversa.

2. CONTEXTO

2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL:

Innumerables convenios, acuerdos y documentos internacionales fundamentan el trabajo por los derechos sexuales y derechos reproductivos, por el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva, y enfatizan en una amplia participación de los diversos actores (mujeres, indígenas, juventud, promotores-as de salud, comités de usuarias). Se resalta algunos de estas conferencias y planes de acción que se relacionan con la experiencia de Orellana. Así:

- **La Conferencia de Alma Ata, Atención Primaria en Salud (APS), 1977**, que inspirado en el Informe de Lalonde (1974)² posicionó la estrategia de APS para alcanzar la salud en el año 2000. Desde Alma Ata, la “participación social” ha constituido el nuevo postulado para la organización y el desarrollo de los sistemas de salud.

Esta conferencia fue la puerta de entrada para considerar la Promoción de la Salud como un nuevo paradigma en el quehacer sanitario. En ese sentido se destaca la Conferencia de Ottawa (1986) que estableció estrategias para trabajar la promoción de la salud³ y enfatizó en el empoderamiento ciudadano.

Posteriormente la Conferencia de Santa Fe de Bogota (1992) que contó con la participación de todos los países latinoamericanos, posicionó como desafío de la promoción en la región, la transformación de las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos” así como fortalecer el trabajo por la “solidaridad, la equidad social” como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo (Restrepo, 2001).

- **La Convención de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Hacia la Mujer (CEDAW),⁴** reafirmó el principio de no discriminación de las mujer en las esferas política, económica, social, cultural y civil.

En su artículo 11 habla del derecho a la mujer a la seguridad social y la protección de salud en la maternidad. Frente a los derechos reproductivos establece en el literal e) que hombres y mujeres tienen: “Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, educación y a los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

² El ministro canadiense fue el primer en cuestionar las políticas públicas en salud, dedicadas fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales y que no reorientan a incidir en las determinantes de las condiciones de enfermedad; amplió la visión del cuidado de la salud mas allá de la responsabilidad de los servicios y valorizó la salud como el componente central del desarrollo humano.

³ Las estrategias básicas para la promoción de la salud de acuerdo a la Carta de Ottawa son: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables para la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y empoderamiento, el desarrollo de habilidades personales y capacidades, y la reorientación de los servicios de salud.

⁴ Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 19 de Diciembre de 1979.

- El **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)**, suscrito en 1989 sobre pueblos indígenas reconoció la diversidad cultural, el respeto a las culturas y, la necesidad de la participación de los pueblos.

Sobre la atención en salud dice que: “los servicios deberán organizarse... planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus prácticas de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (Betancourt, 1996).

En concordancia con la OIT, en 1994, la Asamblea de Naciones Unidas proclamó el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas para fortalecer la cooperación internacional en la solución de sus problemas.

- La Convención de los Derechos del Niño (1990), consideró los derechos humanos de todas las personas de menos de 18 años.
- La **Convención de Belem Do Para –Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer-**,⁵ estableció que la mujer debe gozar del ejercicio y protección de todos los derechos humanos y en caso de violencia debe acceder a atención especializada.
- La **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, que se realizó en 1994, en El Cairo, constituye en la lucha por la defensa de los derechos de las mujeres un “hito histórico”, en particular en la salud, al incluir la salud reproductiva⁶ y establecer que la salud es “un proceso y un derecho ciudadano”. Cairo reconoció que la violencia contra la mujer es una violación a los derechos de las humanas y afecta a su salud sexual y reproductiva. En esta Conferencia se realizó un seguimiento a la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena (1993)⁷.

Los derechos reproductivos⁸ fueron legitimados y se establecieron medidas para que la capacidad de decisión en aspectos de salud reproductiva sea posible, con especial énfasis en el acceso universal a servicios de salud reproductiva y planificación familiar y la atención a las “necesidades cambiantes en materia de salud

⁵ Adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 9 de Junio de 1994.

⁶ Tanto en la Cumbre de Población en El Cairo y anteriormente en México, las mujeres exigieron “Garantizar que los Derechos Reproductivos y Sexuales de las personas sean considerados derechos humanos básicos y se incluyan en las constituciones de las naciones”.

⁷ La Declaración y el programa de Acción de Viena reconocieron los derechos de los pueblos indios, las mujeres y los niños y niñas como derechos humanos.

⁸ Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobadas por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, también incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coerciones, ni violencia. En ejercicio de este derecho, las parejas los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.

reproductiva”. La reducción de la mortalidad en la infancia, la niñez y en las mujeres- madres es uno de los puntos importantes, por lo que se define como mandato el tratamiento oportuno y de calidad de los problemas del embarazo, las infecciones, el cáncer de mamá y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH. Se incluye la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias.

La promoción y el ejercicio responsable de estos derechos debe ser la base primordial de las políticas, programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

El Programa de Acción de Cairo estableció lineamientos para el mejoramiento de la condición de la mujer e hizo referencia a aspectos políticos, económicos y sanitarios, afirmando la necesidad de la participación de hombres y mujeres en la vida productiva y reproductiva para eliminar toda clase de discriminación, especialmente de las niñas y frenar las causas que discriminan basadas en la preferencia del varón. Por esta razón defiende la educación de las niñas y adolescentes y el desarrollo de programas educativos que frenen el abuso y la explotación sexual.

La consideración de las altas tasas de mortalidad materna, especialmente en países “en desarrollo”, y la persistencia de restricciones para realizar abortos cuando está en peligro la vida de las mujeres cuyas consecuencias son nefastas en la vida de las mujeres y en su familia especialmente en la supervivencia de los niños-as; enfatizó en la necesidad de realizar un esfuerzo por una Maternidad sin riesgo, a través del mejoramiento y el bienestar de la salud de la mujer, de su estado nutricional para disminuir el número de muertes maternas y la morbi-mortalidad causados por abortos en malas condiciones. Entonces se planteó, la atención del parto con personal capacitado, y la garantía de la calidad de atención de la mujer; con una máxima prioridad para prevenir los embarazos no deseados y eliminar la necesidad de abortos.

En fin, la conferencia del Cairo estableció consideraciones y acciones para enfrentar la salud reproductiva desde una mirada integral, y marca un hito en el posicionamiento de los derechos reproductivos y el abordaje de la sexualidad para disminuir la muerte materna a través de la garantía de servicios de salud reproductiva, la responsabilidad de los hombres en los procesos reproductivos, el abordaje de los riesgos de la sexualidad y la consideración del aborto, cuya restricciones legales ponen en mayor riesgo a las mujeres. La inclusión de los adolescentes desde sus necesidades sexuales y reproductivas es también importante.

En esta misma línea, varios países latinoamericanos fortalecieron sus procesos mediante la reestructuración de servicios de salud reproductiva, con un sinnúmero de alternativas desde el movimiento de mujeres, en relación estrecha con los gobiernos propiciaron la inclusión de acciones públicas en salud reproductiva. Se resalta en Ecuador la elaboración del Manual de Normas de Salud Reproductiva con un enfoque integral, que rebasa la mirada de la salud materno-infantil y el control de la natalidad, al ejercicio de los derechos.

- A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, que señaló la necesidad de centrar el desarrollo sostenible en torno al bienestar de las personas, se establecieron las tres áreas programáticas en las que se concentraría la asistencia del UNFPA: salud reproductiva, estrategias de población y desarrollo, y abogacía. (UNFPA, 2003).
- En 1995, en el décimo aniversario del Año Internacional de la Juventud, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Programa de Acción Mundial para la Juventud. Cabe indicar que Ecuador es el único país latinoamericano que suscribió la Convención Iberoamericana por los derechos de los jóvenes.
- La **Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Declaración y Programa de Acción** aprobada por los Jefes de Estado, en Copenhague en 1995, estableció la garantía de los derechos humanos incluido los derechos sexuales y reproductivos, y promulgó que la atención primaria en salud (APS), debe promover el ejercicio de estos derechos y la responsabilidad del hombre en los procesos sexuales y reproductivos.
- En el mismo año, la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing** planteó la necesidad de “Garantizar la igualdad de acceso y trato de mujeres y hombres tanto en la educación como en la atención en salud, y promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres”, así como “garantizar que todas las políticas y los programas de los gobiernos reflejen la perspectiva de género”.

Su Plataforma de Acción estableció mandatos para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres con equidad de género, en 12 áreas: la reducción de la pobreza, la educación y capacitación de la mujer, la salud, la violencia contra la mujer, la economía, el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos, los medios de comunicación, el medio ambiente y la niñez. En la relación pobreza y salud, adoptó medidas para erradicar la pobreza en las mujeres indígenas.

La plataforma sobre mujer y salud, constituyen un continuum respecto de la Plataforma de Acción del Cairo, pues no solo se ratifica los derechos reproductivos, sino que se reconoce a los derechos sexuales⁹, la inclusión de las mujeres rurales e indígenas; el avance en mecanismos para políticas públicas en salud reproductiva y sexual que incluyen: mecanismos institucionales, presupuesto, investigaciones y desarrollo de información, capacitación al personal de salud, acceso de las mujeres profesionales en salud a puestos de dirección, todo ello con participación de la mujer.

Se destaca la relación entre educación, medios de comunicación y el combate de la violencia contra la mujer, para lo cual se ratificó la CEDAW y la Convención del Niño, para frenar cualquier forma de abuso y maltrato que ocurren en los diferentes

⁹ “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”.

ámbitos sociales y especialmente en los medios, para combatir la pornografía y cualquier forma de discriminación contra las niñas.

- En el 1995, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos, aprobó el borrador de la **Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, que en materia de salud estableció el respeto y la protección a la propia medicina y a sus recursos terapéuticos. (CIDH, 1995).
- El Estado de Población Mundial, UNFPA, en 1998, manifestó que una de las obligaciones sociales es ofrecer respuestas a las necesidades de los jóvenes en materia de salud y educación.
- En el 2000, la definición de los **Objetivos del Milenio**, estableció para la acción de los gobiernos ocho metas, las cuales siendo importantes, no incorporan en su totalidad el enfoque de género y las aspiraciones feministas. En este sentido, el movimiento de mujeres ha demandado la articulación de los objetivos del milenio con los programas de acción de Cairo y Beijing, pues sus mandatos, marcan hitos históricos en la lucha de los derechos de las mujeres y avanzan hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en un importante marco de equidad de género.

La Cumbre del Milenio de la Organización de Naciones Unidas definió como prioridad el combate de la pobreza y estableció las siguientes metas: 1) Erradicar la extrema pobreza y el hambre, 2) Alcanzar la educación primaria universal, 3) Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, 4) Reducir la mortalidad infantil, 5) Mejorar la salud materna, 6) Combatir el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades, 7) Asegurar la sustentabilidad del medio ambiente, y 8) Desarrollar una alianza global para el desarrollo.

Su carácter tecnicista, se explica por la ausencia en la cumbre de los movimientos sociales, los cuales no tuvieron ninguna influencia en las metas propuestas. No obstante, los ODM son metas prefijadas, lo mínimo a alcanzar y permiten que los gobiernos rindan cuentas. Estas metas han sido apoyadas por 191 países miembros de la ONU.

- Finalmente en el 2007, Naciones Unidas promulgó la **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, que habló de la obligación del Estado de prestar "... atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidades indígenas". Se enfatizó en la discriminación, la violencia y en la explotación de los niños.

En salud, se resalta el artículo 23 sobre el derecho de los pueblos indígenas a sus medicinas tradicionales y al acceso sin discriminación alguna a los servicios de salud. (ONU, 2007).

Es notorio el avance internacional en la consideración de la salud sexual y reproductiva de los diversos grupos. Cabe anotar que estos avances se han concretado a través de acciones en los diversos países, a pesar de que han enfrentado la arremetida de grupos

conservadores que en todos los ámbitos, inciden en la normativa, leyes y programas en el intento de anular estos avances.

2.2. CONTEXTO NACIONAL

El Estado Ecuatoriano estrena la Constitución del año 2008, que en materia de derechos sexuales y reproductivos respetó el criterio de progresividad respecto a la constitución de 1998, que fundamentó la experiencia de Orellana.

Se resaltan algunos artículos constitucionales que tienen relación con la experiencia que se sistematiza, que enfatiza en los derechos sexuales y los derechos reproductivos, porque constituyen el marco jurídico actual sobre el cual se reformularán leyes, programas y políticos, y porque su contenido es un logro de los diversos movimientos sociales (mujeres, indígenas, jóvenes), proceso en el cual los diversos actores sociales de Orellana estuvieron involucrados.

Principios fundamentales:

Art.1. El Estado es un Estado constitucional de derechos y justicia... y **laico**. Se organiza en forma de república y se **gobierna de manera descentralizada**.

Art.2. El castellano es el idioma oficial del Ecuador; **el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural**.

Art. 3. Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar **sin discriminación** alguna el efectivo **goce de los derechos establecidos en la Constitución** y en los **instrumentos internacionales**, en particular la **educación, la salud, la alimentación**, la seguridad social y el agua para sus habitantes. 4. Garantizar la **ética laica** como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico. 5. Planificar el desarrollo nacional... la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, **para acceder al buen vivir**.¹⁰

Principios de aplicación de los derechos:

Art. 11. Ítem 2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. **Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, sexo, identidad de género, pasado judicial, condición migratoria, orientación sexual**, entre otras.

Cultura y ciencia:

Art. 25. Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del **progreso científico y de los saberes ancestrales**.

Educación:

Art.28. La educación pública será universal y **laica** en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Salud:

Art.32. El Estado garantizará este derecho (salud) mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y **atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva**. La prestación de los servicios se regirá por principios de equidad,

¹⁰ Cuyo origen viene de los pueblos Kichwas y se traduce como Sumay Kawsay o Alli Kawsay, que se entiende como un sentido de vida, en donde la reciprocidad, la solidaridad y la igualdad son los ejes vertebrales, lo cual se traduce en las acciones cotidianas que emprenden y en salud en la relación armónica con su cuerpo, comunidad y naturaleza, como se vera en esta experiencia.

universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con **enfoque de género y generacional**.

Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria:

Art.35. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de **violencia doméstica y sexual**, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

Mujeres embarazadas:

Art. 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. **No ser discriminada por su embarazo** en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La **gratuidad de los servicios de salud materna**. 3. La **protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida** durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Niñas, niños y adolescentes:

Art. 44. El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma **prioritaria el desarrollo integral** de las niñas, niños y adolescentes, y asegurará el ejercicio de sus derechos...

El Estado **garantizará su libertad de expresión y asociación**, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Personas usuarias y consumidoras:

Art.53. El **Estado responderá civilmente** por los daños y perjuicios causados a las personas por **negligencia y descuido en la atención de los servicios públicos** que estén a su cargo, y por la **carencia de servicios que hayan sido pagados**.

Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades:

Art. 57. Ítem 10. Crear, desarrollar, aplicar y practicar su derecho propio o consuetudinario, que no podrá vulnerar derechos constitucionales, en particular de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Art. 57. Ítem 11. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados...

Derechos de libertad:

Art.66, Ítem 3. El derecho a la **integridad personal** que incluye entre otras una vida libre de violencia en el ámbito público y privado.

Art. 66. Ítem 9. El derecho a tomar **decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual**. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Art. 66. Ítem 10. El derecho a tomar **decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuantas hijas e hijos tener**.

Art. 66. Ítem 14. El derecho a guardar reserva sobre sus convicciones... En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular o de sus legítimos representantes, la información personal o de terceros sobre sus creencias religiosas... ni sobre datos referentes a **su salud y vida sexual**, salvo por necesidades de atención médica.

Art. 66. Ítem 20. El **derecho a la intimidad personal** y familiar.

Art.66. Ítem 25. El derecho a acceder a **bienes y servicios, públicos y privados de calidad**, con eficiencia, eficacia y buen trato, **así como a recibir información adecuada** y veraz sobre su contenido y características.

Art.69. Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia: 1. Se promoverá la **maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado...** de sus hijas e hijos. 4. El Estado **protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefas y jefes de familia,** 7. No se exigirá declaración sobre la calidad de la filiación en el momento de la inscripción del nacimiento,

Art.70, El Estado formulará y ejecutará políticas para **alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres, a través del mecanismo especializado** de acuerdo con la ley, e incorporará el enfoque de género en planes y programas, y brindará asistencia técnica para su obligatoria aplicación en el sector público.

El Estado tomará medidas de Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones en las personas adultas mayores (Art.37) y en niñas, niños y adolescentes (Art.46).

Participación ciudadana

Art. 95, Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.

Art. 96, Se reconocen todas las formas de organización de la sociedad, como expresión de soberanía popular...

Art. 100, En todos los niveles de gobierno se conformarán instancias de participación integradas por autoridades electas, representantes del régimen dependiente y representantes de la sociedad del ámbito territorial de cada nivel de gobierno, que funcionarán regidas por principios democráticos. La participación en estas instancias se ejerce para: 1. Elaborar planes y políticas nacionales, locales y sectoriales entre los gobiernos y la ciudadanía; 2. Mejorar la calidad de la inversión pública y definir agendas de desarrollo; 3. Elaborar presupuestos participativos de los gobiernos; 4. Fortalecer la democracia con mecanismos permanentes de transparencia, rendición de cuentas y control social; 5. Promover la formación ciudadana e impulsar procesos de comunicación.

Para el ejercicio de esta participación se organizarán audiencias públicas, veedurías, asambleas, cabildos populares, consejos consultivos, observatorios y las demás instancias que promueva la ciudadanía.

En los últimos años, se ha creado en el país una normativa jurídica que orienta las acciones de las instituciones gubernamentales y que sustentan las acciones locales en la provincia de Orellana, algunas de estas leyes se fortalecerán a la luz de los avances constitucionales del 2008.

En la *normativa jurídica interna* que viabiliza el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos se señalan:

- **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994)** tiene como mandato el derecho de las mujeres a atención de salud gratuita y de calidad durante su

embarazo, parto y posparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva.¹¹

- **Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia (1995)** prevé la sanción y acciones de prevención y atención en los casos de violencia intrafamiliar, incluye violencia sexual.
- **Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor (1998)** establece que la educación en sexualidad y con enfoque de género debe transversalizarse en los planes y programas de estudios de todos los centros educativos.
- **Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA (2000)** que se promulga para realizar acciones de prevención y atención en VIH y-o SIDA.
- **Ley de la Juventud (2001)** que incorpora el acceso a la educación y servicios en salud sexual y reproductiva de la juventud.
- **Código de la Niñez y la Adolescencia (2003)** que enfatiza en los derechos de la niñez y la adolescencia y es uno de los fundamentos para la construcción del Sistema Nacional Descentralizado de la Niñez y Adolescencia.
- **Ley Orgánica de Salud (2006)** que incluye el capítulo sobre salud sexual y reproductiva.
- **Ley de Fomento y Atención de Programas para los Sectores Vulnerables en los Gobiernos Seccionales**^{12 13} prevé la planificación de programas sociales con la comunidad para la atención y prevención a: niños de la calle, jóvenes, nutrición infantil, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, de la tercera edad, y violencia doméstica.

2.2.1. La Cooperación del UNFPA

En este marco jurídico existente, el Fondo de Población de Naciones Unidas en un entendimiento mutuo con el Ministerio de Salud Pública, establece su cooperación con el propósito de coadyuvar a: mejorar el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; incrementar el acceso de hombres y mujeres a los servicios de calidad en salud sexual y reproductiva; elevar el nivel de conocimiento y acceso a la información y a servicios de los adolescentes.

¹¹ Garantiza también la atención gratuita de salud a los recién nacidos y nacidas, y niños-as menores de cinco años. Las atenciones incluyen: gastos de medicinas, anticonceptivos incluida la vasectomía, insumos, micro nutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio, cirugías, y exámenes complementarios.

¹² Los presupuestos de los consejos provinciales y concejos cantonales no podrán ser aprobados sino dedican al menos el 10% de sus recursos a estos programas.

¹³ Es precisamente la Ley de Descentralización y participación social que establece un marco para el desarrollo local y los gobiernos, y poderes seccionales.

Su enfoque de derechos humanos le ha permitido apoyar el desarrollo de la normativa jurídica y la definición de políticas públicas, al igual que los procesos de exigibilidad de los derechos desde los diversos actores.

En *políticas públicas, en el apoyo a la formulación de leyes y programas* para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, se destaca su papel en la oficialización de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y su participación en la Comisión de Salud Sexual y reproductiva del CONASA en donde contribuyó con la elaboración del Plan de Acción de la mencionada política.¹⁴ (Vega, 2007).

Aportó a la aprobación del Plan de Reducción de Muerte Materna así como al fortalecimiento de los mecanismos operativos de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia¹⁵ (Vega, 2007).

La construcción y difusión de sistemas de información se expresa en el apoyo a la realización de la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), que adicionalmente desarrolló documentos que enfatizaron en la situación de la población indígena. Esta información generada por CEPAR en colaboración con el INEC y el MSP son usados por las instituciones del país que hacen salud. Se destaca el trabajo realizado con la Secretaría del Frente Social (actualmente Ministerio Coordinador de Desarrollo Social) en la generación del Sistema Nacional de Indicadores Sociales Juventud SIJOVEN¹⁶ (Vega, 2007).

El *apoyo técnico a la especialización de los servicios públicos de salud sexual y reproductiva y educación de la sexualidad*, se traduce en ser integrante del Comité de Apoyo Interinstitucional (CAI) que promueve la aplicación de la Ley de Sexualidad, e inserta la educación sexual en el sector educativo, a través de este proceso se promulgó el acuerdo ministerial 403 que institucionaliza la educación sexual en la educación. El UNFPA contribuyó a la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) que abastece al MSP en anticonceptivos, así como a la inclusión del levonorgestrel en la lista de medicamentos básicos (Vega, 2007).

Adicionalmente el UNFPA ha desarrollado un *modelo de gestión y atención intercultural* para visibilizar las diferencias y necesidades de los diversos grupos étnicos, actualmente lidera el grupo interagencial de las Naciones Unidas sobre interculturalidad, en cuyo marco ha avanzado en la incorporación de este enfoque en el conjunto del sistema de Naciones Unidas (Vega, 2007).

También promovió el fortalecimiento y la dinamización de las organizaciones juveniles y su articulación con las instancias públicas como la Dirección Nacional de la Juventud. Cabe destacar su apoyo a la construcción del mandato juvenil para la Asamblea Constituyente.

¹⁴ Con SENPLADES se insertó y apoyo la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 en la que participaron ministerios y secretarías de Estado.

¹⁵ UNFPA participó en la elaboración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH/SIDA.

¹⁶ Igualmente se fortalecieron alianzas con FLACSO a través de becas de investigación para promover estudios demográficos. Se promovió la investigación en población que realizó FLACSO sobre los “Los números de la migración en el Ecuador”.

Todo este esfuerzo de UNFPA tiene su corolario a nivel local, en algunas provincias del país, principalmente en Bolívar, Chimborazo, Orellana, Manabí y Sucumbíos, donde ha fortalecido a los diversos actores locales en salud (instituciones provinciales y municipales) y a las organizaciones de mujeres, jóvenes, promotores de salud por el ejercicio del derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos.

2.3. ESCENARIO DE LA EXPERIENCIA: PROVINCIA DE ORELLANA

Ecuador, es considerado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo como un país de desarrollo humano medio. Sin embargo, es un país inequitativo y desigual, por ejemplo la provincia de Pichincha (sede de la capital) tiene un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,758 frente a las provincias amazónicas que apenas llega a un IDH de 0,619 (FUSA, 2007).

Orellana se encuentra ubicada en el nororiente del Ecuador, en plena Amazonia. La provincia esta atravesada por el río Napo, afluente del Amazonas, y su altitud varía entre los 200 m.s.n.m. en la mayor parte de la llanura amazónica hasta los 3800 m.s.n.m en la zona del volcán Sumaco. El clima es caluroso y húmedo con un promedio de 26°C.

Orellana es una de las provincias más jóvenes, creada en el Ecuador en 1998. La capital de provincia es Orellana y tiene cuatro cantones: Orellana, Joya de los Sachas, Loreto y Aguarico (UNFPA, 2004).

Orellana es una de las provincias más extensas del país con 21675 km². Su población es de 114.537 habitantes (proyección 2009) y solo un 30% viven en el área urbana. Existe un porcentaje importante de población indígena que se distribuye en todos los cantones, especialmente en Aguarico y Loreto con el 70 y el 90% de población indígena respectivamente (UNFPA, 2004).

Las nacionalidades indígenas presentes en la provincia son: Kichwas, Waoranis, Sionasecoyas, Cofanes y Shuaras. Las comunidades indígenas poseen tierra en forma comunitaria y sus actividades tradicionales de caza y pesca se han remplazado por cultivos comerciales de café, plátano y maíz; los cuales son poco rentables por ausencia de programas de apoyo estatal para la producción y comercialización; fragilidad de los suelos; ausencia de vías de comunicación de fácil acceso y el elevado costo del transporte (Sandi Yura, 2006).

Adicionalmente, el territorio Kichwa-naporuna se asiente en un ecosistema frágil para la intervención humana el bosque tropical amazónico con concentración de biodiversidad, cuya conservación ha estado dada por la compleja interrelación y el delicado manejo de estos sistemas por los pueblos amazónicos, cuyos patrones de asentamiento y el uso de recursos naturales no han saturado la capacidad del ecosistema. Sin embargo, la presencia de actividades extractivas como la industria petrolera alteró la vida de estas comunidades ¹⁷(Sandi Yura, 2006).

¹⁷ Se afirma que de la provincia salen diariamente más de 250,000 barriles de petróleo, sin embargo los beneficios para las condiciones de vida de sus habitantes han sido escasos. La provincia tiene indicadores socioeconómicos, de salud y educativos por debajo de las medias nacionales y de acuerdo al sistema de monitoreo de la calidad del agua de los ríos de la provincia el 72% de éstos calificaban como muy

La población de Orellana es joven. El índice de pobreza es uno de los más altos en el país (82,7%) porcentaje ubicado sobre el promedio a nivel nacional (61,1%) según censo 2001. Es decir un porcentaje significativo de habitantes están ubicados en el quintil 1 y 2 de pobreza y extrema pobreza (FUSA-UNFPA, 2000).

Según datos de censos y encuestas referidos en el estudio de Bono de la Pobreza de FUSA-UNFPA, en la provincia existe un alto índice de analfabetismo y pobreza, especialmente en las mujeres que viven en el sector rural. Uno de los problemas es la ausencia de ingresos propios o ingresos insuficientes por la falta de empleo y es peor en el sector rural de la Amazonía, especialmente en las mujeres (FUSA-UNFPA, 2000).

Existe un plan de desarrollo provincial y planes cantonales, que recopilan información sobre Orellana, a partir de las estadísticas nacionales, lo cual demandó la necesidad de recabar información en terreno, por lo cual se realizó en la provincia, el Sistema de Información Demográfica en Salud y Ambiente del cual se resalta lo siguiente:

- La mayoría de personas de más de 15 años solamente han terminado la educación primaria. Estos niveles se agravan en la zona rural y en todas las áreas el porcentaje de personas con educación superior es mínimo. Los niveles educativos de las mujeres son más deficientes.
- La población es en general pobre, la cual se exagera en las áreas kichwas, especialmente en el abastecimiento de agua y saneamiento pues el 76,1% de las casas no cuentan con ningún servicio higiénico y el 40% consume agua del río.
- Mientras en las cabeceras cantonales ninguna casa estaría en el cuadril mas bajo de pobreza, en las comunidades kichwas mas de la mitad de la casas están en este cuadril. Son estas casas las que reportan haber experimentado derrames de petróleo en el último año¹⁸.
- Las mujeres que residen en comunas kichwas tienen en promedio más hijos que el resto (7.7% en el grupo de 40 a 44 años). Sin embargo es llamativo que esta diferencia se invierte en el grupo de adolescentes donde el promedio más alto lo tiene las jóvenes que residen en las ciudades.
- El 20,1% de las adolescentes entre 10 y 19 años esta o ha estado embarazado. En la cabecera cantonal este porcentaje asciende a 26,7%, y es menor en el área rural (17% en las cabeceras parroquiales y comunas y 15% en las comunidades mestizas). El porcentaje de niñas menores de 15 años embarazadas es del 2,2%. Mientras el porcentaje de adolescentes de 15-19 años que han estado alguna vez embarazadas es de 39,6%.
- El promedio de embarazos de mujeres entre las edades de 40 a 44 años fue de 6,19. La cifra más baja se observa en las mujeres que residen en cabeceras cantonales (5,02) y la más alta en las que residen en comunas kichwas (7,40).

contaminados. Más aun, los efectos nocivos de la contaminación petrolera en la salud de las personas, en especial de las mujeres se han documentado en varias publicaciones.

¹⁸ Aunque un gran porcentaje de mujeres encuestadas tienen sus casas y dicen que no pagan arriendo, en ocasiones son unas chozas o casas que se están cayendo (FUSA-UNFPA,2000)

- El porcentaje de mujeres que usan alguna forma de prevenir embarazos es similar según el área de residencia de la mujer, los métodos preferidos difieren. En el área urbana, cabecera parroquial y comunidades mestizas predominan los métodos modernos, en el área kichwa los naturales. Esto no tiene relación con el deseo de embarazarse pues son las mujeres kichwas las que presentan mayores porcentajes de embarazos no deseados o no planificados.
- En lo que respecta a la atención calificada del parto de los 1435 nacimientos que tuvieron lugar entre enero del 2001 y diciembre del 2006, solo el 45,6% recibieron atención calificada¹⁹. Las tablas muestra las grandes diferencias en el tipo de atención del parto según el área de residencia de la mujer, con cifras drásticamente más bajas en las mujeres que residen en comunas kichwas, donde solo el 14,8% reciben atención calificada. Destaca también el importante rol en la atención del parto de familiares y amigos, que sobrepasa a la partera en las comunidades y comunas.
- La mortalidad neonatal e infantil en los últimos cinco años esta entre el 10 por 1000 y el 20 por mil (suponiendo que los niños que no se conoce con exactitud la fecha del fallecimiento, hubiera ocurrido antes de los 28 días).²⁰

El trabajo realizado sobre el registro de tomas de pap test, muestran la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en un 50% de las mujeres que se realizaron el Papanicolaou, con algunas diferencias étnicas que se observan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Prevalencia Infecciones de Transmisión Sexual en Orellana, 2003-2004.

	Mestizas n=1538	Indígenas n=267	Afroecuatorianas n=71
INFECCIONES VAGINALES			
Candida	125 (8%)	18 (7%)	5 (7%)
Tricomonas	29 (2%)	5 (2%)	2 (3%)
Vaginosis bacteriana	664 (43%)	134 (50%)	37 (52%)
HPV	32 (2%)	5 (2%)	1 (1%)
Actinomyces	3	0 (0%)	0
Normal	762 (50%)	113 (42%)	31 (44%)
BETHESDA			
ASCUS	82 (5%)	11 (4%)	2 (3%)
AGUS	6 (3 (1%)	0 (0%)
LIEB	47 (3%)	9 (3%)	2 (3%)
LIEA	21 (1%)	4 (1%)	0
CARCINOMA INVASOR	2	0	0
NEGATIVO	1378 (90%)	240 (90%)	67 (94%)

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

Sobre los servicios de salud, las personas del sector rural difícilmente acceden a los servicios de salud ya que: viven muy lejos, no responde a su costumbre y a veces no

¹⁹ Se considera como atención calificada del parto aquella que es realizada por una médica, enfermeras u obstetrix.

²⁰ Entre 1976 y 2006, se tiene 4170 nacidos vivos, 33 nacidos muertos y 274 abortos. En el 2005 (ultimo año completo) 280 nacidos vivos (NV) y 189 NV en el 2006 (no completo). Entre el 2001 y 2005 se tuvo 1250 nacidos vivos, de los cuales 26 fallecieron (10 fallecieron antes de los 28 días y 15 antes de cumplir 1 año).

tienen dinero para trasladarse peor aún para cubrir el costo de la consulta o la medicina. (FUSA-UNFPA, 2000).

Se afirma que la discriminación de la mujer se produce en Orellana ya que el eje machismo-marianismo moldea las relaciones de entre los sexos tanto en el mundo mestizo como indígena. La investigación realizada en el año 2001 a profesores y profesoras de las comunidades kichwas, establecen algunos datos que nos hablan de las construcciones estereotipadas sobre sexualidad en las que subyacen formas de legitimidad de la violencias, así: el 58% de maestros y maestras dicen que la homosexualidad es una enfermedad, el 44% dicen que la masturbación es perjudicial, el 29% afirman que el marido tiene derecho a pegar a su mujer si esta hace algo sin conversarle y el 41% opinan que las violaciones se producen porque las mujeres provocan a los hombres.

Registros recientes afirman que la violencia contra la mujer es frecuente en la provincia. En el año 2006, la Fiscalía de Orellana recibió 45 denuncias por delitos sexuales (43 violaciones y dos atentados contra el pudor). Entre el 1 de enero y el 9 noviembre 2007) la cifra es más alta, 59 (57 violaciones, 1 por acoso sexual y 1 por estupro). Esta cifra nos da una media de 1.2 denuncias de delitos sexuales por semana (FUSA, 2007)²¹.

Adicionalmente los partes diarios de seis meses de atención de una médica (perito legal), registra en el 2007, 26 casos de abuso sexual, que no habían realizado denuncias pues en la mayoría de los casos el agresor fue un miembro cercano a la familia. En algunos casos, la consulta se demandó por embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, consecuencias de la violación (FUSA, 2007).

2.3.1. PROYECTO FUSA-UNFPA EN ORELLANA

El proyecto FUSA-UNFPA, se desarrolla en el país desde 2004 y es la continuidad del programa de cooperación del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) que se realizó entre los años 2001 y 2003²². El proyecto en la provincia de Orellana desarrolló cuatro componentes. Así:

2.3.1.1. Componente de educación sexual:

En el 2003, se constituyó el equipo provincial para la coordinación intersectorial del Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA) y se capacitó a los docentes de alrededor de 20 colegios de la provincia a través de talleres que un inicio utilizaron los módulos de UNESCO-MEC, pues eran los únicos que el Ministerio de Educación (MEC) autorizaba y posteriormente se elaboró de manera consensuada con docentes, estudiantes, padres y madres de familia una “malla curricular” adaptada

²¹ Cabe indicar que estos datos se recabaron en un levantamiento de información sobre delitos sexuales que se realizó en Orellana con el apoyo de Solidaridad Internacional, cuyos resultados han posicionado el tema tanto en el Consejo cantonal de Salud de Orellana y en la mesa provincial para planificar acciones para su erradicación (FUSA, 2007).

²² Este programa de cooperación se desarrolló en 14 cantones de ocho provincias (Orellana, Bolívar, Chimborazo, El Oro, Zamora, Loja, Guayas y Manabí) con dos componentes prioritarios, salud sexual y reproductiva incluyendo la educación de la sexualidad, y, población y desarrollo con la promoción de la equidad de género.

para la provincia con materiales que sirvieron de apoyo como los módulos de escuelas saludables.

Desde el 2002 se institucionalizó el Programa de Educación de la Sexualidad y el Amor PRONESA a nivel nacional y en el 2004, se estructuraron nuevamente los equipos provinciales para la implementación del programa. De este trabajo que juntó a docentes y estudiantes se destaca el trabajo de pares que permitió un acceso abierto a los y las jóvenes de los colegios.

En el 2004 se insertó el PRONESA y se estructuró el grupo coordinador que asumió los talleres. Con la finalidad de ir trabajando con docentes y estudiantes. Se destaca de este proceso, el trabajo de pares que contó con la participación de maestros y jóvenes que realizaron talleres y que permitió un acercamiento a los-as jóvenes de los colegios. En el 2007 se realizó un proceso de formación de docentes bajo un convenio con la Dirección Provincial de Educación.

Para abordar el mundo indígena se trabajó el módulo “Aprendiendo a Vivir Bien”²³ que responde a las necesidades extraídas del estudio “Diagnóstico de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad en la Unidad Educativa a Distancia Orellana (UEDO)” que recolectó información cuantitativa y cualitativa, a través de la aplicación de encuestas y trabajo de grupos focales con los-as estudiantes, maestros-as, padres y madres de familia.

Este material didáctico fue pionero en el abordaje de la sexualidad en el mundo indígena y se elaboró conjuntamente con los líderes indígenas y las instituciones locales²⁴, como respuesta a la insuficiente información en salud sexual y reproductiva que existe en la provincia y particularmente en los indígenas. La coordinación se realizó con la Unidad Educativa a Distancia de Orellana (UEDO) y se contactó con la Corporación Utopía. El módulo continúa aplicándose en las extensiones educativas de la UEDO.

El proceso de construcción del módulo llevó a una visibilización de la experiencia que destacó del que fue como construir un tambor propio elaborado a la manera de los Naporunas²⁵ con la seguridad de que siempre necesitará mayores afinaciones pues la intención del módulo “...no es servir de adorno en bibliotecas o museos o ser solo objeto de sistematizaciones, sino ser tocado, que haga música que trascienda mas allá del instrumento y sirva para que las personas, parejas, familias y comunidades retomen el Vivir Bien como forma de compartir”²⁶.

Cabe destacar que el módulo “Aprendiendo a Vivir Bien” fue validado con las unidades de la UEDO a partir de lo cual se elaboró ayudas pedagógicas tomando en cuenta sus propios relatos (audio) y otros medios lúdicos que sean atractivos y de fácil comprensión.

²³ FUSA, UNFPA, Asociación de Promotores de Salud Naporuna Sandiyura de la FCUNAE, MSP, MEC, UEDO, DIPEIBO. “*Aprendiendo a Vivir Bien*”. Un Módulo Intercultural de Educación para la Sexualidad, Kawsayta Yachashpa Kawsana, Financiado por la Cooperación Luxemburgo, Orellana, 2005.

²⁴ Se contó con los actores locales -educativos y en salud-, tanto del Estado como de la sociedad civil; lo cual se potenció con la experiencia de la Dirección de Educación Bilingüe de Imbabura.

²⁵ Pertenecientes a la Nacionalidad Kichwa, viven cerca del Río Napo, de allí su nombre Naporunas.

²⁶ FUSA-UNFPA y otros. *Promoviendo el vivir bien en los-as Naporunas: Formación intercultural en sexualidad*, EN: “*Cuerpos, tambores y huellas*”, Sistematización de Proyectos de Salud Sexual y reproductiva 2000-2003. UNFPA Ecuador, 2004.

2.3.1.2. Componente de salud sexual y reproductiva:

En el componente de **Salud Sexual y Reproductiva** se trabajó con el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde el año 2001 en el **mejoramiento continuo de la calidad**, para garantizar el acceso a los servicios públicos de salud especialmente la atención en salud sexual y reproductiva, pues ocurrían muertes maternas porque no había personal gineco-obstetra. Se realizó convenios con las universidades para que los postgradistas de último año realicen las pasantías en Orellana, ya que la provincia carecía de personal profesional. Se coordinó con el municipio de Orellana.

En el 2002 se apoyó a la conformación del Centro de Atención Integral a la Mujer y la Familia “Jambi Huasi” en coordinación con el Gobierno Municipal de Orellana, Dirección Provincial de Salud de Orellana, Fundación Ayllu Warmikuna, Asociación de promotores Sandi Yura y la Fundación Salud Amazónica (FUSA) en la cual se consignaron en el año 2004, 10.000 atenciones entre atención infantil –incluido el programa ampliado de inmunizaciones y alimentación- y la atención de la violencia contra la mujer²⁷.

En el año 2004, se implementan los Centros de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) y se han realizado capacitaciones, ahora la provincia tiene devengantes de beca. Se han elaborado protocolos y el 60% de pre-eclampsias y eclampsias son manejados en el servicio. Antes el 100% se refería fuera de la provincia.

Fue la primera provincia que impulsó la capacitación en los COE y complementó la capacitación con temas como: Detección Oportuna del Cáncer (DOC), Violencia Basada en Género (VBG) y Planificación Familiar (PF).

Adicionalmente, a través del proyecto FUSA-UNFPA, entregó anticonceptivos a todas las unidades del MSP, pues esta cartera con el apoyo del UNFPA ha adquirido anticonceptivos que se han distribuido a través de sus unidades operativas.

El Ministerio de Salud trabaja y coordina acciones con los comités de usuarias para disminuir la violencia; promover los derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la Ley 103 a través de estrategias comunicativas que revalorizan su lengua; y prevenir el embarazo no deseado a través de la implementación de los servicios amigables.

Los comités de usuarias realizaron convenios con los municipios para el cumplimiento del transporte de emergencia. (Alba Peralta, Impulsora de los comités de usuarias). Estos mecanismos de coordinación juntaron esfuerzos de las Juntas parroquiales de las comunidades rurales de los diversos cantones, los gobiernos locales y el MSP, lo cual se desarrolló en el seno de los Consejos Cantorales en Salud para garantizar el transporte de emergencia hacia las unidades operativas de salud (anexo 3, convenio del cantón Loreto, 2007).

Con los **jóvenes** en el 2001, se promovió el Grupo Juvenil Marañas, quienes incluso se capacitaron en la metodología de pares y los derechos sexuales y reproductivos fuera de

²⁷ Desde este Centro de Atención Integral se ha realizado también campañas para prevenir la tuberculosis.

la provincia. De sus múltiples acciones se resalta el hecho de que los jóvenes en coordinación con FUSA, realizaron una encuesta provincial de la calidad de atención de los jóvenes en relación con el embarazo no deseado.

Actualmente conforman el Centro de Información Juvenil Marañas (CIJM), que es atendido por los jóvenes para brindar charlas a través de un convenio firmado entre los jóvenes y el Municipio de Orellana, que bajo un acuerdo de comodato les facilitó el local y el pago de los servicios básicos. Los-as jóvenes se encargan de mantenerlo, actualizar la documentación, convocar a los-las jóvenes, establecer actividades motivadoras (baile, música, video foros, entre otras). Una forma de autogestión es la producción de videos y cuñas radiales.

Un buen tiempo se quedaron sin respaldo institucional y solamente hasta el 2005 FUSA empezó nuevamente a apoyarles y se conformó la mesa cantonal del municipio y la mesa provincial que trabajan con presupuesto participativo. Ahora gestionan fondos comunes y caminan solos en la promoción rural para conformar la red de jóvenes, y realizar una serie de actividades que extienden los temas de salud sexual y reproductiva a lo largo de la provincia a través de procesos de educación entre pares que llegan a colegios de sectores rurales de difícil acceso.

Se ha capacitado a *promotores de salud* de la Asociación Sandi Yura, Amanecer Campesino, FUSA y Red de salud de Loreto, en temas de salud sexual y reproductiva y con su trabajo se ha cubierto la atención en las zonas rurales de la provincia de Orellana, el cantón Shushufindi en Sucumbíos y Mondaña en el Napo. Desde el 2003 se han realizado talleres de capacitación en salud sexual y reproductiva tres veces al año para luego replicarse en las comunidades.

Los promotores son fundamentales en la aplicación de la planificación familiar y los COE's comunitarios pues se encuentran en capacidad de identificar las señales de peligro en los cuidados obstétricos esenciales. Cabe resaltar que algunos botiquines de salud tienen condones y métodos anticonceptivos hormonales que los promotores utilizan continuamente.

El trabajo de los promotores de salud, especialmente de la zona indígena ha reconceptualizado la salud con la concepción del buen vivir²⁸, y han establecido una serie de acciones permitiendo el acceso de la población rural e indígena a atención de salud, quienes no tienen una oferta de servicios públicos en sus territorios. En ese sentido constituye un modelo de atención primaria que debería ser asumida y articulada por los Equipos Básicos de Salud (EBAS) en tanto cubren la primera instancia de atención familiar en las comunidades más alejadas.

2.3.1.3. Componente *Equidad de Género*

El componente *Equidad de Género* inició en Orellana en el año 2001 y en el 2002 se organizan los comités de usuarias con el apoyo del CONAMU. El liderazgo fue de FUSA-UNFPA a través de impulsadoras de los comités, algunas de las cuales pasaron a

²⁸ Se resalta el hecho de que actualmente el Sumay Kawsay forma parte de la Constitución del Ecuador del 2008 y expresa el camino realizado en pos de entender y construir la interculturalidad, mandatario en el país por la presencia de diversas nacionalidades que tienen su forma de entender y vivir la vida y la salud.

formar parte del municipio como estrategia de sostenibilidad.²⁹ Existen comités de usuarias en los cantones de Orellana, Joya de los Sachas y Loreto,

Los comités de usuarias han sido fundamentales no solamente en el mejoramiento de la calidad de atención a través de la realización de las encuestas de sus veedurías sobre los servicios, sino que han permitido una demanda continua para que el sector salud de Orellana, amplié sus servicios, con mayor infraestructura y los dote de recursos humanos para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, las mujeres de los comités de usuarias de los cantones de Orellana en coordinación con los municipios y los servicios de salud han estructurado el transporte de emergencia.

Los comités de usuarias manejaron acciones para la Detección Oportuna del Cáncer con campañas de sensibilización y tomas de Papanicolaou ya que en el año 2002 el MSP no garantizaba una buena cobertura del Programa DOC. Actualmente existe un sistema de tomas de Papanicolaou, que permite que las mujeres reciban su diagnóstico y el tratamiento necesario en forma oportuna en los diferentes niveles de atención, incluido su movilización a Quito, cuando el caso lo requiere.

2.3.1.4. Componente de **Población y Desarrollo**

En el componente de **Población y Desarrollo** desde el año 2001, FUSA ha participado en los Planes cantonales y provinciales. El primer Consejo Cantonal de Salud se formó en Orellana y fue ejemplo para muchos consejos en el Ecuador.

En el año 2007, se realizó el estudio sobre Sistema de Información Demográfica en Orellana (SID), para conocer la realidad demográfica de la provincia, el mismo que se ha publicado con la colaboración del Honorable Consejo Provincial de Orellana Y posibilitó acceder a información local, la cual se dispersa y es insuficiente en los sistemas de información nacionales.

Adicionalmente se ha desarrollado un proceso de **información y difusión** para fortalecer las acciones que hacen los jóvenes, comités de usuarias y promotores-as.

Para el desarrollo de estas acciones diversas estrategias se han combinado a más de la participación social, una de ellas ha sido la coordinación intersectorial, la cual ha permitido la concreción de varios convenios interinstitucionales.

De los componentes señalados, existen algunas sistematizaciones en la Provincia de Orellana que han visibilizado la compleja experiencia de FUSA en salud y salud sexual y reproductiva. Así se tiene la sistematización del proceso de educación sexual con un enfoque intercultural que refiere la experiencia que desarrolló el Módulo Intercultural de Educación para la Sexualidad “*Aprendiendo a Vivir Bien*”(Kawsayta Yachashpa

²⁹ Un ejemplo de esto es Alba Peralta, exfuncionaria FUSA, actualmente personal de planta del Municipio de Orellana.

Kawsana)³⁰, también se ha publicado el proceso de conformación y de desarrollo del Consejo Cantonal de Salud de Orellana desde el año 2002³¹ y la acción de los Promotores de Salud que es la experiencia mas antigua de FUSA³².

3. METODOLOGIA DE LA SISTEMATIZACION

El interés de realizar la sistematización del trabajo de FUSA-UNFPA en la Provincia de Orellana, tiene como base la experiencia realizada desde el año 2001, sin embargo esta sistematización enfatizará en los últimos años de acuerdo a la información disponible y abordará la Participación Social, en particular la participación en salud, tanto de promotores-as de salud, de las mujeres a través de los comités de usuarias y de la juventud a través del grupo juvenil Marañas, para mirar su aporte al desarrollo y a la salud de la provincial y recabar aprendizajes, logros y proyectar algunos retos.

Se asume un concepto amplio de participación en salud, mas allá de la estructuración del Sistema Nacional de Salud o de la Gestión de Políticas Públicas que implica un fortalecimiento de la relación Estado-sociedad civil, que parte de un inserción que promueve y fortalece el tejido social con significaciones incluyentes dentro de una dinámica de movimiento social.

Esto significa que el empoderamiento de los grupos diversos de Orellana (promotores-as de salud, comités de usuarias y juventud) pasa desde un proceso organizativo que articula la participación activa y en crecimiento de los mismos, desde un enfoque de derechos que les permite constituirse como sujetos de derecho; promueve un fortalecimiento de la relación Estado-sociedad civil que se afianza no sólo a través de los servicios, sino porque generan un nuevo modelo de atención que va mas allá de lo médico, el medicamento y los servicios de salud; pues insertos en sus comunidades promueven miradas saludables incluyentes y solidarias desde temas que tienen un fuerte estigma moral como son las sexualidad, la reproducción, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Estas formas de participación configuran redes que articulan comunidades excluidas con procesos nacionales a través de la dinámica de sus ciudadanos-as organizados; y son raíces profundas para constituir el Quinto Poder del Estado y posibilitar la garantía de sus derechos humanos fundamentales, uno de ellos la salud.

3.1. Hipótesis de acción:

La hipótesis de acción que se utilizó en la sistematización es *“El fortalecimiento del quehacer en salud en la provincia de Orellana posibilitó el ejercicio del derecho a la*

³⁰ Ver *Promoviendo el Vivir Bien en los-as Naporunas, Formación intercultural en sexualidad*, EN: UNFPA Ecuador, *“Cuerpos, tambores y huellas”*, Sistematización de Proyectos de Salud Sexual y reproductiva 2000-2003, Ecuador, 2004.

³¹ Ver CCSO. Consejo Cantonal de Salud Orellana, EN: Red de promoción de la salud, *“Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador”*, Quito, 2006.

³² Ver: FUSA y Sandi Yura, *Experiencias de “Promoción de Salud y Participación Ciudadana en la Amazonía Ecuatoriana”*, Quito, 2007; FUSA, *Fundación Salud Amazónica, Provincias de Orellana y Sucumbíos*; y Sandi Yura, *Asociación de Promotores de Salud Naporunas Sandi Yura, Provincia Orellana y Sucumbíos*; EN: Red de promoción de la salud, *“Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador”*, Quito, 2006.

salud, específicamente sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de una activa participación de la ciudadanía diversa”.

3.2. Objetivos Específicos:

A la luz de la hipótesis de acción se definen los siguientes objetivos de la sistematización:

1. Profundizar en las experiencias de participación en salud en la Provincia de Orellana, especialmente en la formación de promotores de salud, comités de usuarias y participación juvenil.
2. Establecer aprendizajes de estos procesos de participación en salud en el fortalecimiento del quehacer en salud en la Provincia de Orellana.
3. Delinear recomendaciones para fortalecer la participación en salud desde el quehacer de la Dirección Provincial de Salud de Orellana.

Para el logro de estos objetivos, el proceso de sistematización realizó lo siguiente:

- La Revisión Bibliográfica de los documentos disponibles en FUSA y de la documentación facilitada por los actores locales. Adicionalmente se accedió a documentos en el nivel nacional. Esta información no fue suficiente, pues no se contaba con un archivo completo y tampoco con la calidad de la información requerida para una sistematización. (Anexo 1: Documentos revisados)
- Entrevistas realizadas a los actores locales, principalmente de la Dirección Provincial de Salud de Orellana; de los Municipios de Orellana y Joya de los Sachas; los comités de usuarias de estos dos cantones; los responsables de Salud de estos dos municipios; los jóvenes que conforman la Mesa Cantonal del Municipio de Orellana, quienes conformaban el Grupo Juvenil Marañas; los promotores interculturales de educación sexual y el Coordinador Provincial de PRONESA. (Anexo 2: Lista de personas entrevistadas).
- Se trabajó con el colectivo FUSA quienes facilitaron información verbal de la experiencia.
- Realización de un informe preliminar observado y sugerido por el equipo FUSA-UNFPA.

La experiencia que se relata es compleja no sólo por el tiempo que se ha desarrollado, sino porque involucra tres actores sociales que configuran diversos sentidos de su trabajo intenso y además por que la información está dispersa. De hecho esta sistematización externa, ameritó la convergencia y la entrega del equipo FUSA-UNFPA, para completar los vacíos de información..

El documento se ordena desde la experiencia más antigua que es la de formación de promotores de salud, luego los comités de usuarias y finalmente la participación juvenil. El contenido enfatiza en la participación ciudadana y su aporte al fortalecimiento de la salud a nivel local, el cual constituye el eje de análisis que quiere mostrar la fuerza de la estrategia de participación, como una estrategia política que da un valor agregado a los procesos de salud, la garantía de los derechos y el quehacer del Estado, y el fortalecimiento del tejido social.

4. LA EXPERIENCIA:

4.1. LOS PROMOTORES DE SALUD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ORELLANA: LA GARANTIA DEL ACCESO A LA ATENCION DE SALUD DE LA POBLACION RURAL E INDIGENA.

“El trabajo con los promotores fue la concreción de la Atención Primaria en Salud, y permitió recrear el concepto de salud con el Ally Kawsay de las comunidades indígenas para entender que la solidaridad, la reciprocidad y la igualdad son parte de una buena salud y una buena vida”

Desde el inicio de la creación de FUSA, en los años 90, la presencia y formación de los promotores de salud fue un eje de acción que tuvo como punto de partida la Declaración de Alma Ata, que relacionaba la salud con el desarrollo y aspiraba a alcanzar la salud para todos en el año 2000, a través de la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS).

FUSA, considerando que las comunidades son dispersas y de difícil acceso, definió la estrategia de apoyar la formación de promotores de salud como un modelo válido para extender la cobertura de servicios de salud en comunidades con zonas de baja concentración poblacional y con pocas vías de comunicación. El no hacerlo podría implicar, la condena a muchas personas que nunca habían accedido a la atención de salud en forma oportuna (FUSA, 2006).

El propósito de formar promotores y promotores se realizó para “solucionar los apremiantes problemas sanitarios de los sectores más pobres, a través de mecanismos sencillos y oportunos de intervención que permitieran disminuir la morbi-mortalidad” (FUSA y Sandi Yura, 2007).

Así, en las comunidades indígenas el propósito de la intervención fue “Mejorar el nivel de salud y desarrollo formativo y organizativo, por medio de la participación de la población indígena y colona del Vicariato de Aguarico” (FUSA, 2006).

Los cursos para los promotores de salud consistían en lo siguiente:

1. Se formaba un grupo de personas escogidas por las propias comunidades para que atiendan los problemas de salud mas frecuentes. Cada comunidad nombraba a dos promotores-as de salud, que era servidores comunitarios, por tanto su trabajo es voluntario recibiendo como aporte económico, un pequeño porcentaje de la medicina que se vende.
2. La formación es permanente, con un mínimo de tres años en el que reciben conocimiento de anatomía, enfermedades prevalentes y tratamientos, así como cuidados obstétricos esenciales y atención de emergencia. Se realizaron talleres de cinco días por trimestre, en los que se impartía temas de Atención Primaria en Salud (APS) utilizando una metodología teórico-práctica. Existe un pensum básico para la formación de los promotores de salud.
3. Los ejes transversales de su formación son la equidad de género y el fortalecimiento socio-organizativo.

4. La preparación del material didáctico, se hacía por temas y se utilizaba productos de la zona, que luego eran replicados por los promotores en las charlas comunitarias de salud.
5. En los tratamientos inicialmente se usaba plantas medicinales, por lo cual cada promotor-a tenía en su casa un huerto de plantas medicinales. Luego se introdujo tratamientos convencionales a través del botiquín y con la utilización de medicamentos genéricos.
6. Los promotores-as realizaban pasantías en las unidades de salud en donde fortalecían sus conocimientos teóricos y aprendían a reconocer ciertas enfermedades y a atender con calidad y calidez a sus pacientes.
7. Las dificultades que trajeron el manejo de los botiquines, llevó a redefinir el rol de los promotores como personas que enfatizan en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
8. La atención primaria de salud, se mantuvo solo en aquellas comunidades carentes de servicios de salud oficiales. Se afirma que en aquellas comunidades en donde había servicios, la capacidad de los promotores se potenciaba, pues sus roles se complementaban.

En el año 1993, se constituye Sandi Yura, que es la asociación de promotores de salud indígenas que se asientan en las comunidades de la Federación de Comunas Unión Nativos de la Amazonía Ecuatoriana (FCUNAE) y ocupa el territorio de la ribera alta y baja del Río Napo, en los cuatro cantones de la Provincia de Orellana y en parte de Sucumbíos (cantón Shushufindi)³³ (Sandi Yura, 2006).

Con Sandi Yura y en contacto con las comunidades indígenas, se propició un diálogo de saberes que amplió la concepción de la salud, dando paso a la concepción indígena del *ally Kawsay* o buen vivir, que plantea un modelo cultural de vida basado en la reciprocidad, la solidaridad y la igualdad (Sandi Yura, 2006).

Se formaron promotores-as de salud comunitarios y se crearon botiquines comunitarios bajo un modelo de salud alternativo cuya base fue la potencialización de los recursos humanos locales. Se crearon 75 botiquines y se realizaron 51 cursos de salud (FUSA, 2006).

Se incorporó el componente de salud oral como parte de la estrategia de APS, igualmente se realizaron dos campañas de optometría y oftalmología, de la mano de la instauración de un servicio permanente en el Subcentro de Salud Las Ameritas³⁴ (FUSA y Sandi Yura, 2007).

Se desarrollaron brigadas integrales de salud, las que hasta el año 2003 se realizaban con recursos de las organizaciones y beneficiaban a una parte reducida de la población. En el año 2004 en alianza con otras instituciones (gobiernos locales y MSP) se promovió una mayor participación de las comunidades y se optimizaron los recursos disponibles, llegando a 380 comunidades con programas de promoción, prevención, y atención en salud (Fusa y Sandi Yura, 2007).

³³ En el censo del 2001, en la Provincia de Orellana el 36% de la población se considera indígena, mientras que el cantón Shushufinfi, el 10% se consideraba como tal (Sandi Yura, 2006).

³⁴ Cabe anotar que FUSA creó tres servicios de salud en los cantones de Orellana, Joya de los Sachas en la provincia de Orellana; y en Shushufundi (provincia de Sucumbíos).

Cabe resaltar que en el año 2001 con el apoyo del Fondo de Población de la Naciones Unidas se introduce el componente de salud sexual y reproductiva para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las comunidades rurales y se incursionó en el abordaje de los derechos sexuales y derechos reproductivos así como en la educación para la salud todo ello con enfoque de género (FUSA, 2006).

Los-as promotores-as se capacitaron en salud sexual y reproductiva lo cual permitió ampliar las prestaciones que brindaban en las comunidades con atención en salud sexual y reproductiva principalmente: acceso a métodos de planificación familiar, prevención de la violencia basada en género (VBG), campañas de DOC. En efecto, una promotora se encargaba de la toma de muestras de Papanicolaou, con lo que se incrementó el número de mujeres que se realizaron el paptest (FUSA y Sandi Yura, 2007).

El trabajo de los promotores fortaleció las redes de atención en salud desde una mirada de promoción y prevención de la enfermedad, lo que conllevó a la potenciación de los roles de cada actor local, incluido comités de usuarias, gobiernos locales, unidades operativas del MSP e instituciones no gubernamentales como FUSA y Sandi Yura.

Se destaca que entre sus prestaciones se contemplaba la atención médica-odontológica para embarazadas, niños-as y entrega de medicamentos a las personas que no tenían recursos. Igualmente se impartían charlas para promover hábitos saludables y se capacitó a la comunidad en el control epidemiológico de algunas enfermedades. (FUSA y Sandi Yura, 2007).

A partir del 2005 fortalecida la coordinación interinstitucional se conformó la mesa de salud provincial que ha liderado la ejecución de las brigadas con un compromiso político alto y con apoyo financiero (FUSA y Sandi Yura, 2007).

Posteriormente se formó y fortaleció la Red Provincial de Salud³⁵ con miras a construir el sistema provincial descentralizado de salud con participación ciudadana e incorporación de los gobiernos locales (FUSA, 2006).

Se conforma la Red Provincial de Salud de Orellana, cuya cobertura se amplía a 384 comunidades rurales, alcanzando el 100% de comunidades indígenas. Además que se capacitan a 80 promotores de salud entre indígenas y colonos. Cabe indicar que este talento humano capacitado era bilingüe lo que facilitaba la inserción y el trabajo en las comunidades de diversas culturas indígenas (FUSA, 2006).

Los promotores de salud han apoyado al fortalecimiento organizativo de las comunidades, así como en el empoderamiento ciudadano, lo cual ha sido esencial para afrontar la tendencia desorganizadora de la industria petrolera (FUSA y Sandi Yura, 2007).

Los-as promotores-as de salud han participado en los procesos de gestión que se dan con los gobiernos locales y se han insertado en alternativas productivas y en la defensa del ambiente con la apertura a un importante debate y aprendizaje con otras organizaciones (FUSA y Sandi Yura, 2007).

³⁵ De hecho FUSA cuenta con una red de comunidades campesinas interconectadas entre sí que disponen de un puesto de salud y se apoyan en tres centros de salud de referencia.

Del proceso de formación de promotores que ha sido sistematizada por la Red de Promoción de Salud del Ecuador³⁶, se destacan sobre todo en las comunidades indígenas lo siguiente:

1. La publicación del Manual para Promotores Comunitarios Naporuna y la realización de un libro sobre plantas medicinales de la zona que es de utilidad cotidiana en el desempeño de su trabajo.
2. La realización de diversos estudios epidemiológicos de la amazonía con el apoyo de los promotores, entre los cuales se destaca la elaboración del perfil epidemiológico en cada comunidad y la profundización de la situación de salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas.
3. La coordinación con el MSP en las campañas de inmunización en la conformación de las brigadas comunitarias integrales quienes ejecutaban acciones conjuntas con el Sistema Nacional de erradicación de la Malaria (SNEM).
4. Implementación del programa de escuelas saludables como estrategia para construir comunidades saludables (FUSA y SandiYura, 2007).
5. La creación del Centro de Salud Integral Jambi Huasi en coordinación con el Gobierno Municipal de Orellana (GMO), la Fundación Ayllu Warmikuna en la cual se consignaron en el año 2004, 10.000 atenciones entre atención infantil, que incluye el programa ampliado de inmunizaciones y alimentación así como la atención en violencia contra la mujer.
6. La participación en el Consejo cantonal de Salud de Orellana y en el proceso de creación de la Red de Salud Provincial de Orellana lo cual propició mayor cobertura en las comunidades.
7. La participación en encuentros políticos internacionales como la Asamblea Mundial de los Pueblos para la Salud.

Aún cuando los logros están implícitos en la consecución de las acciones que se realizaron, cabe destacar el hecho de que el promotor de salud tiene un reconocimiento público respecto a su rol, que va desde su legitimidad comunitaria hasta la inserción en los espacios de coordinación intersectorial.

El trabajo que el promotor de salud ha realizado en las comunidades desde una mirada integral, brinda elementos concretos para desarrollar formas de atención en salud sexual y reproductiva comunitaria. De hecho las comunidades cuentan con una base de datos actualizada que permite conocer su perfil epidemiológico, el cual incluye elementos de salud sexual y reproductiva.

Al menos unos 10 promotores tienen capacidades de promotores odontológicos y ocho promotoras se han capacitado en la toma de muestras de Papanicolaou. Cabe destacar que las promotores capacitan en salud sexual y reproductiva y toman muestras y que su labor esta acompañada de una obstetriz.

Una de las dificultades, ha sido el no tener una relación constante con el MSP, para lograr que el trabajo de los-as promotores-as sea reconocido como una estrategia de

³⁶ Red de promoción de la salud, “Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador”, Quito, 2006.

ampliación de cobertura en áreas rurales en forma constante y con una proyección a largo plazo que permita el cumplimiento de los compromisos institucionales adquiridos.

Cabe resaltar que el trabajo de los promotores a veces se limitaba por los paros de los profesionales de salud que coincidían con la programación de las brigadas integrales de salud. Ocurría también que las dificultades que tenían algunos promotores en su acción comunitarias, sirvió para desacreditarlos de parte de algunos trabajadores del MSP.

También se releva el hecho de que las condiciones de vida de las comunidades y de los propios promotores, que no tenían ingresos o alguna forma de remuneración, atentaba con el trabajo voluntario, por lo cual hubo muchas deserciones ya que debían trabajar en otros lugares. Esto llevó a FUSA a trabajar en proyectos de microcrédito, uno de ellos el “banco de vacas” que se desarrolló en 15 comunidades con promotores que tenían más de 10 años de trabajo; permitiendo el mejoramiento de los ingresos de los promotores de salud a través de la producción y comercialización de leche, y la creación de un fondo rotatorio para emergencia de los socios de los botiquines y el trabajo de los comités de salud.

Queda claro, que la participación de los promotores de salud, fue una contribución a la salud de las personas porque incrementó la cobertura de servicios, adaptada a la cultura de las comunidades. En ese sentido, este trabajo cubre las deficiencias del Estado en las zonas alejadas que se caracterizan por la ausencia de servicios básicos.

La participación de los promotores de salud estableció una relación necesaria con el MSP que se caracterizó por su intervención en las diversas actividades de salud realizadas en la provincia como son las campañas de vacunación y brigadas integrales de salud. Actualmente forman parte de los Equipos Básico de Atención en Salud (EBAS), y sirven de nexo entre la comunidad y MSP y se espera que estas acciones coordinadas y estructuradas en conjunto, se vayan fortaleciendo y perfeccionando, como parte de un proceso de mayor aliento que permitan disminuir las desigualdades con los profesionales de salud, para valorar sus roles diferenciales y el papel de los promotores de salud en sus comunidades. Esto es una expectativa y necesidad esperada desde hace algún tiempo, la construcción de una política intercultural de salud que promueva y valore el trabajo de las brigadas integrales en las comunidades rurales de difícil acceso y en donde los servicios sociales estatales no son suficientes.

4.2. LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, INSTRUMENTO PARA DINAMIZAR EL SECTOR SALUD: UN APORTE DE LA PARTICIPACION EN SALUD DESDE LOS COMITES DE USUARIAS

“El trabajo como usuaria me ha ayudado no sólo a luchar para que las mujeres sean bien atendidas en los servicios y en su parto; sino conocer cuales son mis derechos, saber que tengo derechos en mi casa, con mi esposo y mis hijos, leer la constitución, juntarme con otras mujeres de mi país, estudiar y prepararme más para poder ayudar”

Alrededor del año 2003, la Dirección Provincial de Salud de Orellana, con el apoyo técnico y financiero del UNFPA, y en coordinación con FUSA inició el impulso de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) en la provincia.

Sabíamos que la Ley no se cumplía y empezamos a trabajar sobre las prestaciones de la Ley y, la conformación y el fortalecimiento de los comités de usuarias, como un mecanismo idóneo de exigibilidad de derechos sexuales y reproductivos³⁷ para vigilar la calidad de atención de los servicios y la asunción de responsabilidades como la promoción de la salud sexual y reproductiva y el transporte de emergencias obstétricas (Alba Peralta, impulsora de comités de usuarias, Orellana, 2009).

En coordinación con la Unidad Ejecutora de Gestión de la Ley³⁸, se crearon los Comités de Gestión de los Fondos locales de la LMGAI y se posicionó a la ley como un derecho a través de talleres de sensibilización y capacitación y la distribución de materiales de difusión de la ley.

Incorporar los materiales que ha difundido la LMGAI

4.2.1. LOS COMITES DE USUARIAS

El trabajo de los comités de usuarias se inicia en el 2001 con el impulso de (FUSA³⁹), *“Allí escuchábamos sobre la ley de maternidad gratuita, pero para las mujeres usuarias de los servicios era metafísica, no sabíamos que era”*.

A través de los comités de usuarias se intentaba vigilar la calidad de atención en las unidades operativas que era deficiente y se cobraba, dificultando así el acceso de mujeres que no pueden atenderse por barreras geográficas, económicas, de género e interculturales.

La conformación de los Comités de Usuarias, se concretó en la Provincia de Orellana en el año 2002, cuando por iniciativa del proyecto FUSA-UNFPA se invitaron a 11 mujeres de la provincia, de los cantones Orellana (5), Joya De los Sachas (3) y Loreto (3). Estas mujeres fueron impulsoras⁴⁰ de los comités de usuarias y se juntaron en Quito apoyadas por el CONAMU para iniciar la capacitación.

³⁷ La LMGAI garantiza los siguientes derechos humanos: a) Derechos civiles: Vida: busca evitar y prevenir la mortalidad materna e infantil; Integridad física: busca evitar enfermedades o incapacidades por falta o mala atención; Vida libre de violencia: da especial atención a las mujeres y niños/as y adolescentes; Libertad: garantiza el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre la vida sexual y reproductiva; b) Derechos políticos: Participación y fiscalización del Estado: a través de instancias de participación y control ciudadano como los Comités de Gestión de Fondos locales Solidarios de Salud y los Comités de Usuarias; c) Derechos económicos, sociales y culturales: Funcionamiento de un servicio público de salud gratuito y de calidad de calidad a mujeres, hombres y niños-as hasta cinco años de edad; d) Derechos colectivos y de los pueblos: Acreditando a las prestadoras de salud de medicina tradicional, para la atención y dotación de medicinas”. (CONAMU, FCI, CEPAM, 2007).

³⁸ En ese tiempo la responsable de la Unidad de Gestión de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia fue Ximena Abarca.

³⁹ Una de las responsables de FUSA y motivadora de este proceso fue Isabel Goicolea.

⁴⁰ Algunas impulsoras fueron: Carmita Camacho en Joya de los Sachas; Alba Peralta, Leonor Carchi y Adriana Shiguango del cantón Orellana.

La capacitación abordó como tema central la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia enfatizando en: las prestaciones que cubre, el rol de los comités de usuarias, del comité de apoyo y seguimiento, y los comités de gestión local que permitía concretar las funciones de cada estructura y actor considerando el contexto local. La responsabilidad de los comités de usuarias se enfocó en la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, los procesos de veeduría para el cumplimiento de la atención de calidad.

La conformación de los Comités de Usuarias en la provincia de Orellana como en diversos lugares del país ha tenido un largo proceso de sensibilización, información y capacitación a mujeres especialmente con diversas metodologías que orientaban también sobre la organización, los derechos, especialmente el derecho a la salud, y los derechos sexuales y derechos reproductivos, el empoderamiento de las mujeres, la atención de calidad y los procesos de veeduría. Esta fase fue fundamental en el entendido de que el ejercicio de las usuarias de su rol de veedor debía partir de un conocimiento profundo de las leyes y del marco constitucional que norma la garantía de los derechos.

En enero del 2003, se realizó un plan de promoción y se convocó a los presidentes de barrios, mujeres y hombres para socializar los contenidos, y luego se viajó a las parroquias, difundiendo la ley, los derechos que garantizaba y los beneficios que debían exigirse. Este trabajo se inició en Joya de las Sachas y Orellana, donde confluyeron al menos unas quince personas en su mayoría mujeres de cada parroquia.

Los talleres con la participación de mujeres y hombres voluntarios, remarcaban en los instrumentos de veeduría y en los lugares a realizarse la veeduría. En mayo del 2003 se eligió a la directiva de los comités de usuarias de Orellana y Joya de los Sachas⁴¹ y estos eventos contaron con la presencia de dirigentes barriales y parroquiales así como autoridades municipales. Fue notoria la ausencia del personal de salud en general, que al principio resistió a la aplicación de la ley y al trabajo veedor de las usuarias.

Cabe resaltar, que los comités de usuarias, establecieron algunos mecanismos para acceder a la población rural como la difusión de material comunicativo, la ejecución de talleres de información y capacitación, la promoción de asambleas parroquiales que posibilitaron que muchas mujeres campesinas, rurales e indígenas se informen de la LMGAI y puedan llegar a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se continúa realizando talleres trimestrales para profundizar en la salud sexual y reproductiva, y en las prestaciones de la LMGAI. Estos talleres desarrollan temas como: derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, detección oportuna del cáncer, violencia, prevención de violencia, VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los procesos de capacitación en los diversos territorios del país, han permitido un intercambio entre los comités de usuarias articulados en diferentes niveles provinciales, regionales y nacionales. Uno de los mayores logros en ese sentido, es la construcción de la Agenda Nacional de los comités de usuarias que se realizó en el 2007 y significó el posicionamiento de las usuarias frente a las autoridades de salud del Ecuador. Lo

⁴¹ La primera presidenta del Comité de Usuarias de Orellana fue Daysi (completar nombre) y de Joya de los Sachas, Sonia Quilligana.

importante de estos procesos articuladores es que han contado con el apoyo de diversas instancias gubernamentales, no gubernamentales y de cooperación internacional y además que su empoderamiento provincial, regional y nacional tiene como corolario un trabajo local, en espacios más pequeños –parroquias, comunidades-que son aquellos en los cuales en forma eficaz ejercen su ciudadanía por el derecho a la atención de calidad, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En la actualidad hay un interés de todos los comités de usuarias cantorales de conformar una instancia provincial, con un modelo similar al desarrollado en la provincia de Manabí.

Entre los años 2003 y 2004 los comités de usuarias contaron con el apoyo de los gobiernos seccionales que se hicieron cargo del transporte de emergencias. En efecto, en la provincia de Orellana, los municipios han asumido los costos de transporte de emergencias obstétricas y neonatales, cuyo mecanismo es la devolución de costos a los transportes carrosables o fluviales, con costos predeterminados. Este aporte no forma parte de los fondos de la LMGAI y son recursos movilizados por los gobiernos locales. El proceso del transporte de emergencia ha generado interés en otros lugares, pues su sistema se ha difundido con diversas formas de comunicación y hasta se dispone de un video que muestra cómo se realiza el transporte de emergencia.

Existe un sistema estructurado en el transporte de emergencia, que se difunde a toda la población y se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1.

Sistema de Transporte de Emergencia

Incorporar el Diagrama del Transporte de Emergencia

Este sistema de transporte cubre a: 1. mujeres con complicaciones durante el embarazo, 2. mujeres durante el parto y sus complicaciones, 3. mujeres con complicaciones después del parto (15 días) y 4. niños-as menores de cinco años que requieran atención médica urgente. Cabe destacar que en el cantón Francisco de Orellana, cubre todas las emergencias en salud y no sólo las de mujeres y niños-as.

De otra parte, las usuarias aplicaban las encuestas sobre la satisfacción de la atención en las diversas unidades operativas del MSP y, con los resultados se realizaban reuniones conjuntas con el personal de salud, con quienes se analizaba los resultados y se incidía en la corrección de la atención de mala calidad lo que influenciaba en el aumento de las coberturas de atención.

En el 2003, la encuesta de satisfacción realizada por las usuarias de Orellana y Joya de los Sachas en el Hospital de Orellana, muestra que la satisfacción aumentó progresivamente en seis meses al igual que la gratuidad (Cuadro 2).

Cuadro 2. Resultados de las Encuestas de Satisfacción Comités Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en la Atención del Parto en el Hospital Francisco de Orellana⁴², 2003. Porcentajes

	Satisfacción en la Atención del Parto en el Hospital Francisco de Orellana	
	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre
Satisfacción	22%	45%
Tuvieron que comprar medicación fuera de la Unidad Operativa	83%	80%
Pagaron algo en la Unidad Operativa	11%	0%

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna Cáncer Cérvix en Orellana, FUSA-UNFPA-MSP-GMO, Orellana, 2004.*

Se afirma que el acceso a los servicios de salud se dificulta por las distancias y los costos -aunque la mayor parte de servicios son gratuitos, en muchas ocasiones las usuarias deben pagar por medicamentos o exámenes complementarios- y también por la ausencia de un enfoque intercultural que permita a las mujeres tener una atención que cumpla con criterios de calidad.

Las mujeres exigían al personal de salud lo siguiente: 1. que se las examine con tiempo, 2. que le informen sobre los signos de peligro que se deben considerar en el embarazo, 3. que les expliquen la receta porque hay mujeres que no saben leer ni escribir y los nombres de los medicamentos no se entendían, y 4. la privacidad en los exámenes médicos y ginecológicos en la sala de mujeres embarazadas.

A través de las encuestas de satisfacción de usuarias y de las reuniones con el personal de salud se lograron cambios en lo cotidiano, con pequeñas acciones que propiciaban mayor comodidad a las usuarias, por ejemplo las camas eran altas y presentaban el riesgo de que algunas mujeres pudieran caerse, entonces se consiguió dotar a todas las camas de gradillas para que las mujeres puedan subir seguras a las camas. En estos cambios el personal de enfermería fue fundamental, se destaca el nombre de la Lcda. Mery Bolaños. Igualmente se establece que con el Jefe de personal del Hospital provincial de Orellana (Marco Buri) se gestionó una forma segura para recolectar la basura.

Adicionalmente se destaca que en los cantones de Orellana y Joya de los Sachas, existe el aporte del municipio y del proyecto de prevención de la tuberculosis a las actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva de los Comités de Usuarias.

Detección Oportuna del Cáncer:

En el año 2003, murió una compañera de los Comités de Usuarias con cáncer de útero y los comités de usuarias junto con FUSA iniciaron la promoción de la detección

⁴² Encuestas realizadas por los Comités de Usuarias de Orellana y Sachas según el instructivo del Proyecto de Garantía de Calidad.

oportuna del cáncer del cuello de útero. Se realizaron campañas de sensibilización y barridos de papanicolau, porque había que enfrentar el hecho de que las mujeres tenían temor a este examen y que además se negaban a ser atendidas con médicos hombres. El lema de promoción de este trabajo fue “*El derecho a una vida saludable y libres de cáncer del cuello de útero*”.

En el año 2000, el servicio de detección oportuna del cáncer de cuello de útero se ofrecía en las principales unidades operativas de la provincia de Orellana. Sin embargo, las coberturas eran reducidas, y durante los años 2001, 2002 y 2003 no se sobrepasaba las 500 muestras. Ante esta situación diversas organizaciones comunitarias y la Dirección Provincial de Salud de Orellana aunaron esfuerzos para mejorar coberturas de pap test y resolución de patologías, lo que se tradujo en campañas de promoción de la prueba y de oferta de servicios con diversas organizaciones de mujeres, en especial en la zona rural e indígena.

Se inició con la promoción del Papanicolaou en los talleres de los comités de usuarias y luego se ofreció en los mismos talleres, el examen. Posteriormente se incrementó la prestación de las brigadas que iban a las comunidades, asegurando los criterios de calidad que querían las usuarias.

Se realizaron exámenes casa por casa, se promocionaba con una comunicación verbal eminentemente y se adquirieron medicamentos básicos. Los resultados se entregaban cada mes.

Como resultado de estas campañas de promoción y mejora del acceso a la Detección oportuna de cáncer cervicouterino, para el 2004 ya se había triplicado el número de tomas realizadas en la provincia con respecto a años anteriores (Cuadro 3).

Cuadro 3. Número de citologías realizadas en la Provincia de Orellana, por años:	
AÑO	N° Muestras
2002	449
2003	542
2004	1687

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004*.

La coordinación interinstitucional y la voluntad de las mujeres que se expresaba en la organización de los comités de usuarias, permitió que el 100% de las mujeres que ameritaron tratamiento por lesiones precancerosas se hayan referido a Quito a través de préstamos solidarios⁴³.

Se ha desarrollado también un sistema de información de todas las muestras tomadas desde noviembre del 2003 para analizar los avances del programa. Algunos resultados

⁴³ Con el convencimiento de que no sólo es un asunto de aumentar las coberturas de papanicolau para resolver el problema de las mujeres. Con quienes obtuvieron exámenes con lesiones, se establecieron redes de referencia a SOLCA Quito y un sistema de préstamos solidarios.

se han recopilado en el documento “*Detección Oportuna Cáncer Cérvix en Orellana*” y se destacan en esta sistematización lo siguiente:

- Existen 1876 muestras de Papanicolaou desde Noviembre del 2003 hasta Noviembre del 2004. Estas muestras son el total de muestras tomadas por las unidades operativas del MSP y subcentros de la Fundación Salud Amazónica y Jambi Huasi- en Coca; brigadas médicas de FUSA en comunidades rurales; y en las campañas de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino realizada por los Comités de Usuarías de Orellana, Joya De los Sachas y por la Mesa de Mujeres del Gobierno Municipal de Orellana en las parroquias rurales de este cantón. Cabe indicar que la muestra abarcó a mujeres de más de 160 comunidades rurales y 80 barrios urbanos tal y como lo muestra el cuadro 4.

Cuadro 4. Registro de tomas de papanicolau, según residencia de las mujeres. Orellana, 2003-2004

	Número	Porcentaje
LORETO	230	12.3%
ORELLANA	1244	66.3%
SACHAS	257	13.7%
AGUARICO	5	0.3%
SHUSHUFINDI	35	1.9%
OTROS	104	5.5%

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix*, 2004.

- El cuadro 5 muestra el número de tomas realizadas por meses. Los picos de noviembre del 2003 coinciden con las brigadas médicas rurales realizadas por FUSA, mientras que el pico de mayo 2004 se relaciona con la campaña de DOC de los Comités de Usuarías de la LMGYAI. En forma similar los picos de septiembre y octubre del 2004 coinciden con las campañas de la mujer rural que se realizaron en las juntas parroquiales lo cual confirma que las coberturas de atención mejoran sustancialmente con la participación de líderes y lideresas que influyen en sus territorios.

Cuadro 5. Toma de Papanicolau en la Provincia de Orellana, 2003-2004.

MES	Nº Muestras
Noviembre 2003	161
Diciembre 2003	29
Enero 2004	18
Febrero 2004	52
Marzo 2004	104
Abril 2004	73
Mayo 2004	304
Junio 2004	64
Julio 2004	149
Agosto 2004	82
Septiembre 2004	384
Octubre 2004	394
Noviembre 2004	63
TOTAL	1876

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

- La media de edad de las mujeres que se realizaron la toma fue de 34,4 años, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 80 años. Según la muestra, el 43% de las mujeres están en el intervalo de edad entre 35 y 65 años, período recomendado para la toma de acuerdo a las Normas de Salud sexual y reproductiva del MSP⁴⁴.
- En relación a la pertenencia étnica, la gran mayoría de mujeres que se realizaron el papanicolau fueron mestizas el 82% (1538), seguidas por mujeres indígenas el 14.2% (267) y el 3.8% (71) afroecuatorianas. Estas cifras evidencian un menor acceso de las mujeres indígenas a este servicio aún cuando son porcentajes considerables que guardan relación con la proporción de población indígena provincial (Cuadro 6).

Cuadro 6. Toma de papanicolau por pertenencia étnica.

Etnia	Número	Porcentaje
MESTIZAS	1538	82%
INDÍGENAS	267	14.2%
AFRO	71	3.8%

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

Si se toma los pap test realizados en una de las campañas de los Comités de Usuarías se observa que la distribución muestra un porcentaje más alto de mujeres de etnia indígena que en el total de muestras, y esta distribución por etnias se

⁴⁴ Las recomendaciones para la realización de la prueba de papanicolau en zonas con recursos limitados son concentrarse en las mujeres entre 35 y 50 años, pues es en esta franja donde aparecen la mayor parte de las lesiones proclives de tratamiento costo-efectivo para evitar la evolución a cáncer invasivo.

corresponde con la proporción de la población indígena en estos cantones. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Toma de papanicolau por pertenencia étnica.

Muestras en campaña de Comités de Usuarías de la LMGYAI (Orellana y Sachas)		
	Número	Porcentaje
MESTIZAS	129	74%
INDÍGENAS	39	23%
AFRO	5	3%

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

- La disponibilidad del Sistema de Información DOC, muestra que casi el 50% de mujeres que se realizaron el papanicolau, sufren algún tipo de infección, con una alta prevalencia de vaginosis bacteriana (Cuadro 8).

Cuadro 8. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual, 2003-2004

	CANTIDAD	PORCENTAJE
HONGOS	149	8%
TRICOMONAS	36	2%
HPS	40	2%
VAGINOSIS BACTERIANA	835	42%
NORMAL	906	46%
Actinomyces israeli	3	0,16%
TOTAL	1969	

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

- Igualmente el Sistema de Información de DOC, permite analizar las lesiones precancerosas con las nomenclaturas Bethesda y NIC (Cuadro 9).

Cuadro 9. Determinación de lesiones cancerosas en el Sistema de registro DOC, 2003-2004

Clasificación NIC

	No	%
NEGATIVO	1790	95.6%
NIC I	57	3.1%
NIC II	15	0.8%
NIC III	10	0.6%
CARCINOMA	2	0.1%

Clasificación Bethesda

	No	%
NEGATIVO	1685	90.1%
ASCUS	95	5.1%
LIEB	58	3.1%
LIEA	25	1.4%
CARCINOMA	2	0.2%
AGUS	9	0.5%

FUENTE: Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna del Cáncer Cérvix, 2004.*

- De las muestras recibidas un 3% requirieron ser evaluadas en SOLCA para la realización de pruebas complementarias, y un 1 % debieron regresar a los seis meses.

Sin embargo, el informe sobre estos resultados alerta que esta información rutinaria del registro de muestras tomadas desde noviembre del 2003, no es una muestra aleatoria, y a pesar de recoger una variedad de mujeres, localizaciones y etnias diferentes no es representativa de la población de mujeres en edad fértil de Orellana. Esto es más importante en el caso de las mujeres indígenas y afroecuatorianas pues su número es sustancialmente inferior al de mujeres mestizas.

Muchas de estas muestras son de mujeres que han acudido a unidades de salud, probablemente con alguna sintomatología, por lo que el porcentaje de infecciones y lesiones pudiera ser superior al de mujeres asintomáticas.

A pesar de que en la muestra las lesiones de alto grado se circunscriben a mujeres mestizas, no podemos concluir que el riesgo de afroecuatorianas e indígenas es menor, debido a que la representación de estas en la muestra es mucho menor. Además ambas poblaciones presentan algunas mujeres con infección por el HPV, precursor del cáncer de cuello de útero.

- En la muestra se observa que existe un 1,3% de mujeres con lesiones de alto grado, todas de etnia mestiza, y con una media de edad de 39,2 años, lo que concordaría con las recomendaciones internacionales. Sin embargo, es preocupante que de las nueve mujeres con este tipo de lesión en la muestra hay tres menores de 35 años y una de ellas tiene 19 años, lo que parecería justificar que en Orellana se debe enfocar el pap test en mujeres más jóvenes de los 35 años.

Se puede concluir que las mejoras sustanciales en las coberturas, en el caso de Orellana, se relacionan con las campañas que se han apoyado en organizaciones comunitarias y de mujeres, que gozan de credibilidad y legitimidad en su comunidad. Esto lleva a afirmar que los factores clave para mejorar el acceso al pap test a través de estas campañas son:

- La promoción previa explicando claramente el proceso de la toma, envío de muestras, recepción y entrega de resultados.
- La promoción del papanicolau se inscribe dentro de un proceso más amplio de formación en derechos sexuales y reproductivos y empoderamiento de las mujeres.
- Haberla hecho a través de organizaciones con poder de convocatoria en la comunidad.
- Aprovechar las oportunidades de talleres, o de visitas a las comunidades para realizarla.
- La calidad centrada en la usuaria, ha tomado siempre en cuenta los criterios de calidad de estas: privacidad, calidez en el trato, devolución de los resultados, limpieza en el local, personal femenino, gratuidad o costos muy reducidos.
- La búsqueda activa y sin pérdida de todas las mujeres que presentan lesiones de alto grado en la citología, así como la devolución programada con consejería del resto de resultados.

- La cita previa en SOLCA para las mujeres que ameritan colposcopia y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento por las mismas.

Un aspecto que es necesario considerar es la importancia de abaratar los costos para las mujeres que tienen referencia a SOLCA, Quito. En Orellana ha resultado exitosa pero insuficiente la iniciativa de solicitar la entrega de un dólar a cada mujer que se realizaba la toma, con el objetivo de crear un fondo para préstamos solidarios a mujeres que necesiten tratamiento posterior en Quito.

Se explicó a las mujeres que este examen se cubría con la LMGAI y se cobraba adicionalmente un dólar solidario con el cual se conformó un fondo que junto a la ayuda de una mujer española, permitía acciones de solidaridad. Entre los años 2004 y 2008 se han realizado 8189 papanicolaus, y 14 mujeres tuvieron cáncer. A ellas se las ayudó con turnos para SOLCA, quimioterapia, colposcopia, biopsias y mamografías. Este apoyo se dió hasta el 2007.

Sin embargo existe la necesidad de implementar políticas que aseguren la gratuidad, o al menos costos más asequibles, de los servicios en SOLCA para los casos de LIEB, LIEA y carcinoma invasor.

El Consejo Provincial asignó 5000 dólares para el 2006 y 6000 dólares para el 2007. Actualmente, no se recoge el dólar solidario y se busca apoyo en otras instituciones. La municipalidad de Orellana ayuda con el transporte y la consecución de turnos en SOLCA.

Se ha constituido una Red de Detección oportuna de Cáncer del Cuello de Útero de la provincia. Los exámenes se envían por una empresa de transporte interprovincial (transesmeraldas). Es interesante ver cómo en el cantón Orellana, los comités de usuarias han asumido la campaña para la prevención del cáncer cérvico uterino, y han capacitado y sensibilizado a mujeres de las áreas urbanas y rurales, ésta experiencia es pionera para la prevención masiva del cáncer del útero, que se ha instituido en las instituciones públicas locales.

El proyecto de DOC., puso en marcha todo el sistema de envío de muestras, recepción de resultados y préstamo solidario para mujeres que requerían tratamiento de especialidad en SOLCA Quito. Este sistema esta incorporado en las acciones municipales (Funcionaria del Municipio, 2009).

También los comités de usuarias han participado en la red de la no violencia, pues las mujeres han salido a las comunidades difundiendo mensajes de “nunca más” para posicionar que nada justifica situaciones de violencia y que las mujeres están dispuestas a denunciar.

En el año 2007, se realizó la campaña promocional por la integridad de las mujeres y en contra de la violencia, bajo la coordinación del Consejo Cantonal de Salud y FUSA-UNFPA para realizar un video, imágenes para vallas, pegatinas y cuadernos. Este material se lanzó el 25 de Noviembre del 2008 en el marco de la campaña 16 días de activismo por la no violencia contra la mujer y son herramientas que se están utilizando cotidianamente. (Funcionaria del Municipio, 2009).

Sugieren trabajar mensajes en relación a formas de buen trato pues existe la dificultad de que no pueden llegar a los hombres con el mensaje de la violencia contra la mujer porque genera resistencia.

De todas formas, esta experiencia muestra que en el nivel local, resulta para las mujeres más fácil, articular las diversas estrategias y programas y pueden al mismo tiempo establecer acciones para prevenir la violencia y promover los derechos sexuales y la salud sexual y reproductiva. Esta articulación es difícil lograr en el ámbito nacional.

Las usuarias han sido protagonistas de procesos políticos y sociales, en los ámbitos cantonal, provincial y nacional, por ejemplo han realizado foros sobre la constitución. Continúan con las encuestas en los servicios y siguen reunidas, trascendiendo de los vaivenes políticos e institucionales del nivel nacional, que les llega pero no les paraliza, por ejemplo la desaparición del CONAMU, instancia nacional que se encargó de fortalecer la organización de los comités de usuarias, o de los cambios institucionales respecto a la LMGAI, que en momentos enfatizó en el fortalecimiento de las instancias locales (Comités de Gestión) y otras en el manejo de los fondos, etc.

No se avanzó en el Comité de Gestión de los Fondos Locales de la LMGAI, pues se abrió la cuenta, pero no hubo ninguna iniciativa. Una de las dificultades para constituir estos comités de gestión tiene que ver con el hecho de que los desembolsos anuales son tardíos para enfrentar las necesidades de las unidades de salud.

El Comité de Usuarías del cantón Joya De los Sachas

Se inició con reuniones en las Juntas Parroquiales, en el cantón Joya de las Sachas en siete juntas, que reunían a 47 y 50 personas. Se realizaron asambleas parroquiales y luego cantonales con representantes de cada parroquia.

Participan 17 mujeres y un hombre. Tres mujeres kichwas. Se reúnen cada mes o cuando tienen necesidades urgentes. Cada año realizan la asamblea cantonal y en base a las decisiones de la asamblea gestionan. Realizan un POA con el apoyo del patronato municipal y trimestralmente realizan las encuestas en cada una de las parroquias en donde existe subcentro de salud.

Cuentan con el apoyo del patronato y de FUSA, éste último es el pilar más fuerte de liderazgo y de capacitación.

Han participado del POA a nivel nacional y han tenido capacitaciones en Coca, Guayaquil y Quito. Los temas de capacitación fueron: derechos sexuales y reproductivos, liderazgo, ley 103, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, autoestima y género. También se ha capacitado en derechos humanos.

Las mujeres participan en mesas de concertación ciudadana (mujeres, salud y derechos humanos). Hasta el año 2007, eran parte de la mesa de mujeres del municipio de Joya de los Sachas y tenían un presupuesto, hasta que la coordinadora de la mesa les negó el presupuesto. Para resolver el conflicto se definió un apoyo desde FUSA de 1500 dólares y el municipio 3.500 dólares, los cuales les sirve para la movilización, alimentación, afiches, etc.

La experiencia del transporte de emergencias ha sido uno de sus mayores logros, ya que se ha difundido el sistema al menos a unas 500 personas. El municipio de Joya de los Sachas cubre con 50 centavos por kilómetro recorrido y esto está incorporado en el presupuesto del Municipio.

Las usuarias en forma mensual entregan informes de trabajo, van a las comunidades a difundir la LMGAI, realizan las encuestas de calidad en los servicios y con los resultados se envía una comunicación de felicitación o presentando la queja a la unidad de salud.

En la Unidad de Salud de la Parroquia Unión Milagreña se ha felicitado al doctor. Al inicio los médicos se han enojado por las quejas, pero ahora ya les están viendo bien, pues por la reacción de los médicos, algunas mujeres han dejado los comités.

FUSA reconoce una diferencia en los procesos de conformación de los comités de usuarias de Orellana y Joya de las Sachas. En el comité de usuarias de Joya de las Sachas ha existido mayor independencia de FUSA y tiene el apoyo del patronato municipal.

En Orellana existe una mirada centralista que a veces asume lo provincial sin considerar suficientemente a los comités de usuarias de los cantones con el agravante de que FUSA sostuvo una relación muy dependiente con las usuarias, sin dejar resquicio a la gestión e iniciativa del comité. FUSA afirma que en Joya de los Sachas hay una iniciativa importante de las mujeres y que FUSA apoya al proceso cuando las mujeres lo solicitan, esto es existe un camino más autónomo.

Comité de Usuarias de Loreto

El Comité de Usuarias de Loreto se formó en noviembre del 2006. Este comité tiene menos tiempo y está conformado mayoritariamente por mujeres kichwas.

Su trabajo cuenta con el apoyo de OCKIL, FUSA, Asociación por la Paz y el Desarrollo, el Municipio de Loreto y el Honorable Consejo Provincial de Orellana. Tienen expectativa de que en el futuro colabore el CONAMU con su trabajo.

Algunas de sus actividades han sido:

1. Asambleas cantonales, la última junto alrededor de 300 personas en marzo del 2008 y se aprovechó para celebrar el día de la mujer (8 de marzo)
2. Talleres parroquiales de difusión de la LMGAI y se incluye temas como la violencia intrafamiliar. En estos eventos se conforman comité locales de usuarias.
3. Se realizan cada año un POA, se destaca en el 2008, la promoción del papanicolau dentro de la brigada integral de salud.
4. En abril, 2007 firmó el convenio para el Sistema de Transporte de Emergencia entre las comunidades y el Centro de salud Loreto y el Hospital de Orellana en donde se establecen responsabilidades desde el Gobierno Municipal de Loreto,

el Área 3 del MSP, las juntas Parroquiales rurales y los comités de usuarias (Convenio: 2007)

5. En julio, 2007 se realizó la medición de satisfacción de las usuarias de la calidad de los servicios de salud.

El comité de usuarias de Loreto, forma parte y ha motivado al trabajo en red del cantón que involucra a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Cabe destacar la intervención directa del consejo cantonal de salud que vigila el gasto de los fondos y además el mayor involucramiento de los jóvenes en los procesos de capacitación en salud sexual y reproductiva.

4.2.1.1. LOGROS DE LOS COMITES DE USUARIAS

En la provincia de Orellana los comités de usuarias han logrado la inclusión de mujeres rurales y mujeres indígenas, las cuales siempre han estado relegadas de los procesos de gestión pública, esto es así pues en los comités de usuarias de los cantones de Orellana, Loreto y Joya de los Sachas, participan además de las mujeres mestizas, mujeres indígenas y mujeres rurales; permitiendo una organización de mujeres incluyente en la lucha por la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los esfuerzos organizativos resultan significativos cuando las mujeres refieren que solamente desde hace un año disponen de teléfono y que antes las convocatorias se hacían con mensajes verbales. Estas mujeres chasquis han construido con su voz una red de comunicación que muestra que la cultura oral de la sociedad ecuatoriana esta vigente y que sigue alimentando la información que circula por medios informáticos modernos con mayor oportunidad.

Los comités de usuarias han posicionado la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres como una responsabilidad social y política, que no se resuelve solamente en las mujeres madres, sino que involucra a los padres, servicios de salud y educación y diversos actores locales. La atención que las mujeres reciben es lo mínimo que el Estado ecuatoriano debe cubrir, como expresión de que la maternidad es un hecho social.

El trabajo de los comités de usuarias, sobre todo en Orellana, permitió la restitución de los derechos de las mujeres que se habían violentado por costos indebidos en las unidades públicas. En los años 2006 y 2007, se confrontaron caso de personas que habían sido trasladada del hospital pública a un clínica privada, en ese sentido, la labor de los comités evitaron las transferencias innecesarias de mujeres hacia clínicas privadas.

Estos procesos de denuncia se acompañaban de movilizaciones y contaban con el apoyo de defensores-as de los derechos humanos. La iniciativa de las usuarias permitió la definición de una ruta de denuncia que contó con la participación de la Defensoría del Pueblo.

Los comités de usuarias tienen buenos niveles de comunicación con funcionarios de salud que han permitido establecer cambios en las unidades operativas. Está

comunicación con los prestadores de salud, ha llevado a que la población se motive por la gratuidad, pues hasta el año 2004 todas las personas pagaban.

“La relación entre el personal de salud y los comités de usuarias, es importante ya que al inicio había resistencia del personal de salud pero luego ya no. Un médico decía: por fin nos juntamos el agua con el aceite y veían que no era para sancionar, sino para mejorar. Antes había resistencia porque parecía que se les estaba controlando”.

El trabajo de las usuarias ha potenciado la intensión política de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia al propiciar la accesibilidad de la población a los servicios de salud ya que de hecho el sector salud se ha preocupado por mejorar la calidad de atención y aumentar las prestaciones.

Cabe anotar que la calidad de atención mejoró porque las mujeres ya no eran maltratadas en los servicios de salud, el personal de salud conocer ahora que la atención de salud con calidad es un derecho y que los comités de usuarias vigilan el ejercicio de este derecho. No obstante, persisten incluso mujeres de los comités de usuarias que plantean que nunca se han atendido un parto en las unidades de salud, pues tienen sus hijos con partera.

Las mujeres de los comités de usuarias tienen también logros personales y familiares que imprimen a su participación un valor agregado que potencia su desarrollo hacia la sociedad. En *lo personal*, los siguientes testimonios desde la voz de las usuarias, expresan que la participación en salud de los comités de usuarias pasa por una revalorización de ellas mismas, pues adquieren información nueva que las forma como líderes y una mirada de la vida más allá de sus roles de madres y esposas.

“Nos ha ayudado a tener conocimientos nuevos, porque éramos de platos y de niños, y el conocimiento que tengo me sirve para seguir ayudando a mi pueblo”.

“Yo era tan tímida y no sabía que decir. Me temblaban las piernas y con las buenas experiencias que he pasado, me ha servido mucho”.

“Me gusta muchísimo y fue un cambio a la vida que llevaba, porque me ha ido mal en mis relaciones de pareja. Los hijos son lo primero y son mi debilidad y estoy feliz con que ellos, que ellos me manden y no mi marido”.

En *lo familiar*, los testimonios expresan cambios significativos que brindan a las mujeres espacios de mayor libertad y el ejercicio de sus derechos cotidianos en su casa:

“Me ha ayudado a tener una relación de mayor igualdad, aún cuando habido momentos de separación hasta que mi esposo comprenda que debe respetar mi trabajo”.

“Incluso algunos esposos dicen que las esposas han cambiado, ahora nos entendemos mejor”

“Las mujeres son más participativas, antes era un problema, porque los esposos no les permitían participar de las comunas o venían a verles, y luego ya no podían asistir. Actualmente los hombres prefieren quedarse en las casas para que las mujeres salgan a aprender”.

“En navidad nos reunimos y hacemos vaquita⁴⁵ para invitar a las familias, aunque siempre las activas son en menor número”.

La ventaja de esta forma de participación es que siendo un mecanismo para vigilar el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y que permite en la práctica el mejoramiento y la calidad de los servicios a través de un acercamiento con los prestadores de salud; el abordaje de los derechos, especialmente los derechos sexuales y el enfoque de género (permite abordar la dinámica de poder entre los sexos) hace que el proceso imprima en las mujeres valores nuevos con cambios diferenciales en su cuerpo (mayor pertenencia de su cuerpo como un territorio de derechos) en su familia y relación de pareja.

Es una forma de participación que al tener como punto de partida el cuerpo, no genera una postura individualista, sino más bien potencia una mirada colectiva que no renuncia a lo individual. Tampoco renuncia, niega o invisibiliza las dinámicas de poder, sino que las asume como parte de la convivencia social y permite que las mujeres visualicen su dinámica de subordinación naturalizada con nuevas formas de autodeterminación que las hace descubrirse y valorarse en múltiples acciones que antes simplemente eran limitadas, desvalorizadas y deslegitimadas.

Desde este nuevo cuerpo que imprime de otras cualidades el servicio, lo personal y lo familiar, las mujeres llegan al tejido social y su voz permite nuevas significaciones de solidaridad y de liderazgo.

En efecto, el trabajo con los comités de usuarias sirve para conocer las parroquias y aumentar la organización de las mujeres. Las mujeres ahora son presidentas de organizaciones mixtas y también de organizaciones de mujeres. Son lideresas reconocidas en las diversas comunidades.

Las mujeres de los comités de usuarias forman parte de los Consejos Cantonales de Salud y desde allí posicionan el derecho a una atención de calidad en salud y el derecho de las mujeres a participar.

El proceso constituyente de 2008, contó con el contingente de los comités de usuarias de los cantones de la provincia de Orellana (Joya de los Sachas, Orellana) que se involucraron en el debate generado en salud, derechos sexuales, derechos de las mujeres, entre otros.

⁴⁵ Vaquita es poner una cuota determinada que las personas fijan voluntariamente para la organización o celebración de alguna actividad social.

La legitimidad que tienen los comités de usuarias esta en esta opinión de la Directora del Patronato Joya de los Sachas, que reconoce que cuando se han apoyado con recursos a los comités de usuarias para que capaciten en parroquias rurales, estos han sido muy bien utilizados. En su criterio el comité de usuarias *“esta fortalecido y vienen trabajando desde hace algunos años en bien de las mujeres, y socializando la ley de maternidad gratuita”*.

4.2.1.2. DIFICULTADES DE LOS COMITES DE USUARIAS

Una de las dificultades es la distancia de la vivienda de las mujeres y la disponibilidad de tiempo. No se les paga ningún dinero y cada reunión mensual deben cubrir el pasaje que es de dos dólares y la alimentación. No es posible mantener el voluntariado de los comités de usuarias y exigir la permanencia de los mismos. Las mujeres que participan en los comités de usuarias tienen pocos recursos económicos y ahora es más costoso movilizarse, pues ya no pueden salir, más bien guardan su dinero para los gastos de los estudios de los hijos.

De hecho, las mujeres que pueden participar en los comités de usuarias son aquellas que trabajan y han logrado alguna autonomía.

Las usuarias plantean que la falta de educación es un factor importante y ellas ven con mucho valor las capacitaciones y los estudios. Esta necesidad se refuerza porque en las unidades de salud, los médicos y el personal de salud les dicen: “usted no sabe” o “yo tengo títulos...”.

Los comités de usuarias necesitan un apoyo más permanente y una relación mayor con los actores locales. La legalización con el CONAMU, a través del carné sigue siendo difícil. No todas tienen carné y el CONAMU les ha ofrecido ahora renovar todos los carnets.

El apoyo nacional es mínimo ya que el CONAMU invita pero a veces no se comunica a qué van, aunque últimamente están respondiendo a las capacitaciones que le hemos demandado localmente.

Han perdido oportunidades de financiamiento por no tener asesoría jurídica.

Se preguntan, ¿cuál? es el rol de los comités de usuarias con el nuevo marco jurídico, y ¿cuáles? son los esfuerzos que hay que hacer para que no se pierda la ley.

Los comités de gestión tienen una función, y no ha cumplido. Además que sólo el 40% del financiamiento de la ley de maternidad gratuita se ha invertido y el resto se pierden porque no hay transferencia oportuna.

Actualmente es importante mirar la relación de los comités de usuarias y los EBAS, porque se critica que a veces los equipos básicos de salud, dejan la unidad porque salen a trabajar en la comunidad y muchas personas que acuden al servicio no pueden atenderse. Esto exige mayor organización en el equipo para que no se deje por ningún motivo una unidad sin brindar atención básica y allí los CUS juegan su rol fundamental como veedoras para presionar e impulsar la coordinación.

Ocurre también que la mayoría de las unidades de salud son atendidas con personal recién graduado que están haciendo su año rural a quienes les falta el sentido comunitario. Con respecto a los EBAS, se plantea también que mantener dos equipos en cada unidad es muy costoso y existe resistencia por parte de los profesionales al modelo, pues muchos no solo que ya se movilizaron a la provincia a trabajar y luego les causa mayor molestia tener que acceder a comunidades lejanas que no brindan medios fáciles de accesibilidad.

4.2.2. FORTALECIMIENTO DEL SECTOR SALUD PARA RESPONDER A LA ATENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Al inicio de la aplicación de la LMGAI, el sector salud se caracterizaba por: a) no tener la infraestructura suficiente, la disponibilidad de camas era insuficiente y las salas de espera estrechas, b) no había capacidad resolutoria porque no había el personal adecuado y suficiente, por ejemplo no habían especialistas. Por esta razón muchas personas viajaban fuera (Lago Agrio, Chaco, Tena, Quito, Archidona) o se hacían atender en las clínicas privadas.

La Dirección Provincial de Salud de Orellana, desde la Dirección de Normatización, firmó un acuerdo con los estudiantes de los últimos años de postgrado de Quito para que realicen pasantías en la provincia, con el objetivo de disponer de personal de especialidad en ginecología, porque en este tiempo no había ginecólogos en la provincia y el único ginecólogo estaba en el hospital militar y era inaccesible a la mayoría de mujeres.

Este impulso permitió mayor capacitación y actualización del personal existente a través de reuniones con el personal de las unidades de salud que permitió el ajuste de procesos y normas. Se celebró el acuerdo de cooperación entre el UNFPA-FUSA-MSP-Universidad Central⁴⁶. Cabe anotar que desde una estrategia intersectorial, el Gobierno Municipal de Orellana y el Consejo Cantonal de Salud de Orellana apoyaban con el pasaje a los postgradistas y con un bono diario para su alimentación (Convenio, 2003).

Los postgradistas hacían docencia especialmente con el personal del hospital Orellana y se constituyó un equipo provincial para trabajar en los COE's clínicos con el apoyo de especialistas que venían de fuera, se capacitó al personal de los servicios los fines de semana y se dictó algunos módulos sobre emergencia gineco-obstétrica, violencia contra la mujer, las necesidades de salud de los-as adolescentes, es decir, se contemplaban temas integrales aún cuando no sean parte de los programas del MSP, pues se relacionaban con la salud sexual y reproductiva de las personas.

El trabajo realizado con los postgradistas permitió aumentar la cobertura de la atención gineco-obstétrica y el establecimiento de normas para el manejo del Área de esterilización y Quirófanos del Hospital Francisco de Orellana (Guerrón, 2003).

⁴⁶ UNFPA otorgó media beca para que ocho personas realicen el Diplomado en Género y Desarrollo con la Universidad de Chile. También ha entregado equipos médicos para el desarrollo de la atención primaria en salud sexual y reproductiva al área 1 de la provincia de Orellana (Acta de entrega).

Se trabajó en la estructuración de la red, cuyo centro de referencia fue el hospital con las unidades de salud cantonal que eran sitios de referencia y que funcionaban dinámicamente con la exigibilidad de las usuarias.

Aún cuando se ha realizado capacitación continua en COE's, la atención de emergencias Obstétricas existen en tres unidades de COE's en Orellana, Loreto, Sachas; sólo el hospital de Orellana tiene un centro quirúrgico.

Entre las dificultades que tenían los servicios, era la falta de asignación de fondos en forma oportuna, esto impedía la compra y distribución de métodos anticonceptivos. En la actualidad los anticonceptivos se compran a nivel central para la distribución nacional y UNFPA ha apoyado la compra internacional y está en proceso el sistema logístico gerencial de anticonceptivos.

Aún cuando se inició la capacitación en MCC y COE, las dificultades persistían por la falta de liderazgo del nivel central del MSP en ese tiempo y la debilidad en el seguimiento de procesos de formación por parte de la DPSO.

En el 2004, se coordinó con el proyecto para el mejoramiento de la calidad de atención (QAP) y en coordinación con la Dirección provincial de Salud de Tungurahua se capacitó al personal de salud de la Dirección provincial de Salud de Orellana.

En el año 2007, el personal de la DPSO se formó en el marco del Plan de Reducción de Muerte Materna en las Estrategia COE con temas como: Evaluación hemodinámica inicial rápida y shock; Sangrado vaginal en la etapa inicial y avanzada del embarazo y durante el trabajo de parto; Sangrado vaginal después del parto; Presión arterial elevada; Atención de parto normal, partograma; Fiebre durante el parto y post parto; Manejo inicial y reanimación del recién nacido; Anticoncepción, Detección Oportuna de Cáncer de Cervix; y Violencia Intrafamiliar.

En estos talleres se lograba un compromiso del nivel nacional para facilitar: Manual de Normas de SSR (actualizado), Protocolo AMEU, Protocolo Manejo Activo Tercera Etapa Parto.

Este proceso fue importante porque el profesional capacitado es parte de la DPSO, del Hospital de Orellana y de las áreas de salud e incidió en el análisis y la disminución de las demoras para reducir la muerte materna. Se revisó el partograma, y se facilitaron los medicamentos e insumos. Se realizó una vigilancia por la gratuidad y se instituyó la farmacia de maternidad que antes no existía. Todo esto se realizó en coordinación con la Unidad Ejecutora de la LMGAI⁴⁷ que permitió un fortalecimiento de la farmacia y la creación de la hemoteca de Orellana.

COE comunitario:

El primer taller de capacitación de COE comunitario se realizó en Febrero del 2006, con la participación de 46 promotores y promotoras de salud. En el marco de la prevención de la muerte materna, en el año 2007 se incluyó en el COE comunitario a agentes

⁴⁷ En la Unidad de Gestión de la Ley de Maternidad estaba como coordinador Gonzalo Banda. William Lara apoyaba técnicamente al proceso de Orellana.

tradicionales en salud, se acreditó a las parteras y se caminó a la conformación de comités de usuarias de las nacionalidades indígenas.

Cabe destacar que el Director de Salud de la provincia delegó a una persona como responsable para coordinar las actividades de salud sexual y reproductiva, con lo cual se pudo concretar la capacitación de 112 profesionales del MSP de Orellana en el Manejo del Manual de Epidemiología e Investigación de la Mortalidad Materna y CIE 10. Este taller se realizó en noviembre del 2007.

Las comunidades, los promotores de salud y las unidades de salud rurales se integraron a acciones para permitir que:

- Todas las personas de la comunidad reconozcan signos de peligro durante el embarazo y parto que requieran la transferencia inmediata de la mujer, conozcan los métodos anticonceptivos disponibles y se organicen para asegurar el transporte adecuado y a tiempo de cualquier emergencia que se de en alguna mujer de la comunidad.
- Los-as promotores-as realicen el seguimiento de las embarazadas de sus comunidades de acuerdo a una ficha común y desarrollen actividades del COE encaminadas a mejorar la situación en que se transfiere a la paciente a un centro de mayor complejidad. Deberán ser capaces de realizar actividades de promoción en la comunidad y asesorar sobre métodos de anticoncepción.

Con el COE comunitario, se desarrolla un plan piloto para construir el modelo integral de promoción y atención comunitaria en la Parroquia de Taracoa y se ha propuesto un esquema de integración de los servicios de salud sexual y reproductiva en este nuevo modelo que incluye la participación de los y las jóvenes (FUSA, 2007).

Cabe indicar que el COE comunitario se ha enriquecido con la inserción de temáticas como: Detección Oportuna del Cáncer de Cérvix, la Anticoncepción y el Manejo de la Violencia Intrafamiliar y de Género (Vega, 2007).

En el año 2007, se consolida el equipo facilitador del COE en la provincia y por el posicionamiento de la violencia contra la mujer como un problema prioritario del quehacer cantonal, se realizó pasantías médico legales a la ciudad de Quito, para cinco profesionales de salud.

FUSA ha apoyado la capacitación a profesionales médicos, para que sean acreditados para hacer exámenes médicos legales, ya que estos son caros en el sector privado y es fundamental que el personal de salud público este acreditado. En efecto, en el año 2007, cinco profesionales de Orellana y Loreto realizaron pasantías en el Centro de Equidad y Justicia de Quito para calificarse como peritos médico-legales.

Se ha realizado un abordaje de la violencia contra la mujer y se dispone de un módulo y se cuenta con personal psiquiátrico para enfrentar este problema.

Actualmente la Dirección Provincial de Salud, enfatiza en la prevención del embarazo en adolescentes y se implementa el servicio de atención integral para los-las adolescentes en cada área de salud, formándose un equipo responsable.

4.2.3. LA INTERSECTORIALIDAD APORTANDO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ORELLANA

Los Consejos Cantonales de Salud, existen en Loreto, Joya de los Sachas y Francisco de Orellana, tres de los cuatro cantones de la provincia. Estos se constituyeron y legalizaron desde el año 2001.

La estrategia intersectorial permitió la confluencia no solo de los gobiernos municipales, sino de las redes de servicios locales, así como el aporte de instancias nacionales y de formación de recursos humanos en salud como es la Universidad Central del Ecuador; a través de convenios que constituyen el marco jurídico de cooperación de los diversos actores bajo el paraguas del Proyecto FUSA-UNFPA. Se destacan los siguientes:

- Convenio entre el Gobierno Municipal del Cantón Loreto, la Red de Servicios de Salud de Loreto y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva para el mejoramiento de la ambientación de las Unidades de Salud de Puerto Murialdo y san José de Payamino, Orellana, 2001.
- Convenio entre la Red de Servicios de Salud de Loreto y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la celebración del día contra la violencia a la mujer y la familia en el Cantón Loreto, Octubre, 2001.
- Convenio entre COLUSIDA y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la realización de talleres de derechos sexuales y reproductivos y belleza con saloneras, Orellana, 2002.
- Convenio entre el CIJ Marañas y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la implementación de información juvenil en Coca, Orellana, 2002.
- Acuerdo de Cooperación entre la Dirección Provincial de Educación Hispana de Orellana y la FUSA (Proyecto FUSA-UNFPA) salud sexual y reproductiva amazónica, Orellana, 2002.
- Acuerdo de Cooperación entre la Dirección Provincial de Salud de Orellana y la FUSA (Proyecto FUSA-UNFPA) salud sexual y reproductiva amazónica, Orellana, 2002.
- Convenio entre el FUNEDESIN y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la realización de un proyecto de salud sexual y reproductiva en Mondaña, Coca, 2002.
- Acuerdo entre Direcciones Hispana y Bilingüe, UEDO, Sandi Yura, DEP, Salud Pueblos Indígenas y Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para implementar módulos de educación sexual en los colegios presenciales y a distancia de comunidades indígenas, Orellana, Febrero, 2003.
- Convenio entre la Intendencia General de Policía de Orellana, DINAPEN, Pre asociación de propietarios de bares y cantinas, Pre asociación de mujeres “decididas a superarse” y el Subcentro de Salud Integral “Jambi Huasi”, Orellana, 2003.
- Convenio de Atención Médico Profesional en Servicios de Anestesiología y Salud Sexual y Reproductiva a través de pasantías de postgradistas de anestesiología en Orellana, firmado entre el Gobierno Municipal de Orellana (GMO), la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO) y el Proyecto FUSA-UNFPA de Salud Sexual y Reproductiva Amazonía y la Dirección de Postgrado de Anestesiología de la Universidad Central del Ecuador, Orellana, Mayo, 2003.
- Convenio entre Sandi Yura y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para el trabajo con promotores de salud y comunidades de FCUNAE en derechos sexuales y reproductivos, Orellana, enero, 2003.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO), FUSA y el Centro de Atención Integral Jambi Huasi, Orellana, 16 de Octubre de 2003.
- Convenio entre el CIJ Marañas y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la realización de un Encuentro Nacional de Organizaciones Juveniles y de Adolescentes, Coca, 2003.
- Convenio de coparticipación entre el Municipio de Joya de los Sachas, FUSA y UNFPA para asesoramiento técnico, 2004 (Fabi dice que no es verdad aunque hay trabajo, de pronto se hizo sin convenio, chequear please)
- Convenio de coparticipación entre el Gobierno Municipal de Orellana y la Fundación Salud Amazónica (FUSA) para asesoramiento técnico, en la elaboración Plan de desarrollo estratégico, 2003.

- Convenio de coparticipación entre el H. Concejo Provincial de Orellana y la Fundación Salud Amazónica (FUSA) para asesoramiento técnico en la elaboración Plan de Desarrollo Estratégico, Diciembre 2005.
- Convenio entre el CIJ Marañas y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la implementación de un Centro de Integración Juvenil en la Joya de los Sachas, Coca, 2004.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional para el Sistema de Transporte de Emergencias desde las comunidades rurales del cantón al centro de salud Loreto y hospital Francisco de Orellana, 23 de Abril de 2007.

En el momento de la sistematización existían en Orellana dos espacios para la intersectorialidad, el Consejo Cantonal de Salud (CCS) y la Mesa Cantonal de Salud. No obstante, el Consejo Cantonal de Salud de Orellana, ha tenido una importante participación en el proyecto FUSA-UNFPA y desde 2004 ha movilizó sus propios recursos en salud que alcanzan al año, 300.000 dólares. Cabe destacar los procesos de presupuestos participativos que ha generado el municipio en donde la salud tiene un espacio fundamental.

Este presupuesto municipal ha apoyado diversas acciones de: atención primaria y promoción de la salud, infraestructura, equipos, medicamentos, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, recursos humanos, participación ciudadana y calidad de la gestión (GMO, 2008).

La experiencia del Consejo Cantonal de Salud de Orellana, ha permitido la institucionalidad del quehacer en salud en el Municipio de Orellana a través de la Dirección de Salud Municipal. A continuación se puntúan algunas de las acciones que se realiza desde esta instancia y que muestran que la intersectorialidad potencia los recursos locales en salud para la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

- Considerando la relación recíproca entre municipios y comités de usuarias, así como el apoyo necesario del municipio a las acciones de salud locales, en el cantón Francisco de Orellana, se transfirió algunos recursos y capacidades, desde FUSA para fortalecer el trabajo de los comités de usuarias. Así el municipio avanzó en un rol activo frente a la LMGAI y ayudó al fortalecimiento de los comités de usuarias. En ese sentido, la impulsora más activa para los comités de usuarias, promotora de FUSA fue contratada por el Municipio de Orellana, para transferir la experiencia en salud al gobierno local y garantizar el apoyo permanente a los Comités de Usuarias al quehacer en salud en el marco de la LMGAI.
- El transporte de emergencia ayuda a toda la población que necesita movilizarse por la salud. En las comunidades, los-as dirigentes buscan el vehículo y el reconocimiento es solidario, esto es, se paga 50 centavos por kilómetro recorrido que suman entre 60, 70 o 130 dólares por carrera dependiendo de la comunidad.

Esto implica un levantamiento previo de información de las mujeres embarazadas y se explica a la comunidad sobre señales de alarma en el embarazo, parto y posparto. Para viabilizar el pago del transporte de emergencias obstétricas se han establecido acuerdos entre el Ministerio de Salud, especialmente con sus unidades operativas, el Municipio, la Comunidad (líderes de las Juntas Parroquiales) y el comité de usuarias. Como se ha explicado anteriormente este sistema de emergencia se da también en los cantones de Loreto y Joya de Los Sachas.

- Frente a la problemática de la violencia basada en género, se trabajó en la investigación de la ruta crítica y para dar respuesta a los hallazgos se constituyó el Jambi Huasi⁴⁸, se formaron peritos. Actualmente el municipio de Orellana forma parte de 16 días de activismo por la no violencia y se coordinan actividades comunicativas en estos días.
- El Municipio de Orellana apoya las acciones de gratuidad en salud y cubre los medicamentos de personas que necesitan. A veces estas actividades pueden llevar a duplicar esfuerzos, lo cual es preocupante por la falta de un espacio de coordinación que anteriormente era cubierto por una efectiva coordinación del Consejo Cantonal de Salud.
- El Municipio ha movilizado recursos para ampliar la sala de espera⁴⁹, la cocina y el comedor del hospital. Se coordinó con el proyecto MODERSA para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria. Actualmente construyen la casa de la malaria con Cooperación Italiana y aportan a la ampliación del hospital de Francisco de Orellana.
- Se ha gestionado la adquisición de ambulancias y se apoya a la movilización de personas que viven con VIH. Actualmente existen 22 personas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral y ya no tienen que viajar porque se atienden en las clínicas del VIH; con lo cual se disminuye el riesgo de viajar que enfrentaban las Personas Viviendo con VIH y Sida (PVVS) por ser susceptibles a mayor stress y a enfermarse.

Considerando que el Municipio de Orellana no tiene patronato, todo el apoyo apunta al fortalecimiento de los espacios públicos y al Ministerio de Salud Pública (MSP), así como a los comités de usuarias. Al respecto, FUSA-UNFPA realizó una asesoría al Patronato de Servicio Social de Orellana, acordando entre otras cosas: a) establecer una coordinación con la Comisión de Lucha contra el VIH/Sida (COLUSIDA) para mejorar el diagnóstico en VIH con el fortalecimiento del laboratorio, b) trabajar hacia la maternidad intercultural, y, c) establecer acciones coordinadas entre el Jambi Huasi y el Hospital Francisco de Orellana para fortalecer la red pública en el marco de una atención integral.

El apoyo del municipio para la salud es legitimado por los pobladores de Orellana que se traduce en el dicho popular de que el Municipio es “la casa del jabonero, el que no cae resbala”, para afirmar que es un espacio abierto al que todos y todas llegan en pos de su salud y bienestar.

⁴⁸ En el 2002 se creó el Centro de Atención Integral Jambi Huasi, en coordinación con la Fundación Ayllu Wuarmi Kuna, el Gobierno Municipal de Orellana, la Asociación de Promotores Sandi Yura, el MSP y FUSA, para brindar atención oportuna, confidencial e integral a las mujeres y familias víctimas de violencia intrafamiliar. Posteriormente en el año 2006, la Comisaría de la Mujer y la Familia se desligó del centro y esta propuesta se paralizó.

⁴⁹ Se respondía a la demanda de los comités de usuarias que reclamaron que la sala era muy pequeña y se quejaban de “calor e incomodidad”.

4.3. LA PARTICIPACION JUVENIL CONSTRUYE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ORELLANA.

“A veces caminábamos hasta cuatro horas e íbamos en canoa, para llegar a las comunidades y centros educativos, y teníamos dificultades de comunicación porque no hablábamos el Kichwa, y enfrentamos la timidez de muchos chicos-as para hablar sobre la sexualidad”.

La juventud constituye la población mayoritaria de la provincia de Orellana y a criterio de FUSA son: “la pieza fundamental de la sociedad, posiblemente futuros padres que deben vivir la salud sexual y reproductiva con una mente abierta”.

La incorporación de la juventud en los procesos de desarrollo y de salud sexual y reproductiva en lo nacional y local, se fundamenta en conferencias, acuerdos y plataformas mundiales que han enfatizado en: los derechos de los niños-as (Conferencia Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989); los derechos humanos (Conferencia Mundial de Derechos Humanos -Viena, 1993-); los derechos de la mujer (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer -Beijing, 1995-, y Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer -Belem Do Para, 1994-); y, en población y desarrollo (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994); que hablan sobre la necesidad de crear programas de educación sexual integral considerando a la juventud como actores de estas acciones y no como receptores de información.

Del mismo modo, el marco jurídico nacional ha desarrollado instrumentos y normativa de política pública que sustentan las acciones de la juventud en Orellana, cuyo aporte en el abordaje de la salud sexual y reproductiva han trascendido lo provincial y tiene como punto de partida la conformación del Grupo Juvenil Marañas cuyo proceso se visibiliza en este acápite.

4.3.1. CENTRO DE INFORMACION JUVENIL MARAÑAS.

Durante el año 2000 se realizaron una serie de reuniones con las organizaciones juveniles y gobiernos estudiantiles que socializaron las necesidades y demandas juveniles, uno de ellas, giraba en torno a la necesidad de generar espacios de encuentro juvenil.

En el 2001 se realiza la Asamblea Cantonal Juvenil que contó con el apoyo de actores comprometidos como Gobierno Municipal de Orellana, y FUSA-UNPFA. La Asamblea permitió la creación de un espacio físico para que los jóvenes puedan disponer de un sitio de encuentro y se concretó el Centro de Información Juvenil Marañas con el propósito de disponer con un espacio de jóvenes para jóvenes que se posicionen socio-políticamente en el cantón, la provincia y el país.

En primera instancia y con un enfoque participativo se promocionó este centro a nivel urbano y rural, pues una idea central fue la activar la participación de los-as jóvenes en el cantón y también en la provincia para la inclusión de jóvenes no sólo urbanos, sino de comunidades alejadas.

Simultáneamente y por alrededor de un año, se capacitó a los 17 integrantes de este centro en temas como: salud sexual y reproductiva, comunicación, liderazgo, cultura de paz, herramientas metodológicas para capacitar, desarrollo humano, gestión de proyectos, entre otros.

Los-as jóvenes formados a través de los talleres de capacitación impulsaron el trabajo de pares y activaron la participación juvenil desde los colegios, barrios y parroquias; para lo cual se firmó un convenio con FUSA-UNFPA para desarrollar talleres con jóvenes de las comunidades. Esta primera etapa fortaleció al Grupo Juvenil “Marañas” tanto en lo organizativo como en la adquisición de capacidades para la promoción de los-as jóvenes y la difusión de información en salud sexual y reproductiva.

Desde el año 2003, los-as jóvenes han coordinado acciones con el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en unidades educativas, potenciando el trabajo de docentes. Cabe destacar que en 2004, éste grupo realizó el diagnóstico sobre la situación de las mujeres embarazadas y las dificultades que tienen en la atención en salud y en la continuación de sus estudios.

En coordinación con FUSA, impulsaron la investigación sobre el uso de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) en los servicios de salud. Esta investigación fue sui generis, pues los jóvenes se conformaron en parejas y llegaron a los servicios, simulando diversas situaciones de “riesgo sexual” y a partir de ello, documentaron la calidad de atención del personal de salud frente a una relación sexual insegura, un embarazo, información de métodos anticonceptivos, orientación en sexualidad, etc. La investigación concluyó en la dificultad que tenía el personal de salud para abordar esta temática, no solo por desconocimiento de la PAE, sino por un estigma de la sexualidad que se añadía a un enfoque adultocentrista que ignoraba la realidad de la juventud.

Esta investigación se presentó en Quito en la Conferencia Internacional del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia y se constituyó en un estudio pionero en América Latina. En esta conferencia jóvenes de Brasil y Chile se comprometieron para aplicar la investigación en sus países.

El auge del Centro de Información Juvenil Marañas ocurrió en el 2003, luego de lo cual el centro decayó por un tiempo, lo cual se relacionó con el ingreso de muchos de sus integrantes a la universidad y espacios laborales. Solamente se quedaron tres jóvenes y fue surgiendo la idea de contar caminar hacia una Casa de la Juventud en Orellana con recursos suficientes (infraestructura, insumos técnicos, personal técnico) que trabajen en beneficio de los jóvenes.

Rocío Durango, una de las jóvenes que permaneció en el centro refiere que “durante un año no hubo actividad continua y se perdió el contacto con las organizaciones”. Luego de este tiempo, el centro se reactivó a través de la creación de la mesa de jóvenes del cantón que re-estructuró este espacio para articular a las organizaciones juveniles.

4.3.2. MESA CANTONAL DE JOVENES

En el 2004, el Centro de Información Juvenil Marañas (CIJM) formó parte de la Asamblea Cantonal de Jóvenes, que permitió la estructuración de la Mesa Cantonal de

los Jóvenes en coordinación con FUSA y el Municipio. Desde allí se trascendió desde el CIJM a una mesa que fortaleció la relación con el gobierno local a la par que atrajo a más jóvenes.

En el 2004 se realizó el Foro sobre los derechos de las estudiantes embarazadas que congregó a instituciones educativas, juveniles y de derechos humanos para sensibilizar sobre las violaciones de estas jóvenes, pues muchas eran obligadas a interrumpir sus estudios. Este foro propició la construcción de reglamentos educativos internos participativos que explícitamente sobre el derecho a estudiar de las jóvenes embarazadas (FUSA, 2004)

En el 2005, los-as jóvenes preocupadas por la situación de muchas jóvenes en los bares, empezaron a contactar con el trabajo sexual, lo cual les permitió cambiar el enfoque de la prostitución y trabajo sexual por un trabajo forzado, mas allá de su percepción inicial de que “era algo malo” desde una perspectiva moral.

Observaron las aristas de la explotación sexual, pues muchas menores de edad habían sido “abandonadas” por sus familias y muchas habían sufrido violaciones. Así se inicio y desarrolló el programa Axesórate con diversas acciones que se coordinaban con Jambi Huasi⁵⁰, cuyo antecedentes inmediato fue el trabajo con COLUSIDA a través de lo cual se realizaron talleres para las trabajadoras sexuales.

Los-as jóvenes refieren que al año 2005, en el Cantón Francisco de Orellana existían cinco night-clubs con un grupo total aproximado de unas 40 “chicas” que brindan servicios sexuales a una población masculina itinerante que trabaja en su mayoría en servicios petroleros y militares.

En coordinación interinstitucional entre FUSA y el Departamento de Control Sanitario de la DPSO se imparte talleres de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos cada 15 días como actividad complementaria al reconocimiento médico obligatorio que las jóvenes insertas en diversas formas de “trabajo sexual” deben realizarse.

Programa Asexórate:

Desde el grupo de facilitadores se vio la necesidad de cambiar las estrategias de trabajo con las jóvenes, había que inventar la forma de llegar a ellas no de una forma tradicional, “vienen, escuchan la charla y se marchan”, sino para ofrecer una alternativa de trabajo que las entusiasmara y despertase su interés por el cuidado de su salud.

Surge el programa Asexórate conformado por organizaciones sin fines de lucro encaminados en un trabajo solidario y organizativo, para mejorar la salud sexual y reproductiva y, mental de la población de mujeres trabajadoras sexuales, comprometidas en la lucha por el derecho a una vida digna sana y responsable.

Asexórate es un programa encaminado a informar, promocionar y compartir conocimientos y experiencias que ayude a mejorar la salud de las mujeres que trabajan

⁵⁰ El Centro Integral Jambi Huasi que se creó en el 2001 para atención de servicios de salud y salud sexual y reproductiva con énfasis en violencia basada en género, desde el 2002 trabajó con el grupo de mujeres trabajadoras sexuales en bares y cantinas.

en nights clubs. Cada lunes se visita dos nights clubs, se reúnen con las trabajadoras sexuales y se ofrece dos servicios aparentemente dispares: una estilista que les puede cortar el cabello; hacer tratamiento de manos y pies, o maquillaje; y a la vez se brinda una charla “informal” pero informada sobre autoestima, derechos laborales, prevención de infecciones de transmisión sexual y anticonceptivos; entre otros. A su vez se proporciona preservativos y se ofrece el uso de otro método anticonceptivo si desean; todo esto de forma gratuita (Pinto, s/f.).

Todo el personal, incluido las estilistas, que acude a las visitas han sido capacitadas en derechos sexuales y reproductivos para poder aclarar las dudas que surjan en las visitas y así ofrecer un servicio con calidad. Además hay que señalar que las estilistas que nos acompañan forman parte de la Organización de diversidad sexual (OSLAN).

Este trabajo se realizó por más de un año y se contó con la colaboración de los dueños de los clubs y el entusiasmo de las interesadas que solicitan mayor frecuencia en las visitas y mayor duración de las mismas; a excepción del Night Club “El Jardín”.

Desde aquí se animó a los equipos a trabajar con grupos vulnerables, que se consideran grupos reducidos y minoritarios y, que no son aceptados por el resto de la sociedad, debemos y de quien “podemos aprender bastante” afirma un líder juvenil.

En la actualidad en convenio con la DPSO y Jefatura de Área 1 se realizarán talleres de formación con mujeres trabajadoras sexuales para complementar los chequeos de salud que realiza el Área.

También se les ayudó a mejorar sus condiciones de trabajo y de vida, pues muchas mujeres vivían en los sitios de trabajo con sus niños-as, sufrían diversas formas de maltrato de sus jefes, incluso maltrato físico, y esto estaba totalmente invisibilizado, ya que los bares escondían las diversas formas de prostitución.

Este proceso, permitió la valorización de los servicios de las mujeres y centró el enfoque en la prevención de los riesgos del VIH. El uso del condón y las técnicas de erotización fueron parte de la información que brindaban y se insistió en el mejoramiento de la autoestima.

El trabajo de la mesa cantonal de jóvenes se extiende a la provincia de Orellana.

Entre el 2005 y el 2007 los y las jóvenes apoyaron la implementación del Módulo de Educación de la Sexualidad con enfoque intercultural “Aprendiendo a Vivir Bien” dirigido a estudiantes y docentes de la Unidad Educativa a Distancia (UEDO). Ocho jóvenes lideraron las visitas a las comunidades campesinas e indígenas, para hacer el seguimiento de las planificaciones y capacitaciones en el proceso de aplicación del módulo.

Este trabajo voluntario de los-as jóvenes requirió un esfuerzo grande, sobretodo en las comunidades rurales e indígenas, pues recorrían distancias muy grandes, en diversos medios de transporte terrestre y fluvial y debían enfrentar las dificultades de comunicación pues no sólo que no conocían el Kichwa, sino el estigma que pesa sobre la sexualidad y la timidez de los-as jóvenes indígenas. Estas dificultades se superaron con el ánimo juvenil y sus capacidades para recrear diversas metodologías de

capacitación así como el deseo de intercambiar con las costumbres indígenas desde como dormían hasta la alimentación.

Cabe destacar que en estos procesos contaron con mujeres quechuas que les apoyaron en la traducción y este encuentro intercultural concreto la participación de los-as jóvenes en el equipo provincial, en donde realizaron capacitación y seguimiento a los docentes y jóvenes, permitiendo la inserción de la educación sexual en las comunidades alejadas. En el mismo sentido, la capacitación a los-as jóvenes, en salud sexual y reproductiva se dio en forma continua y en muchos casos se concretó con alianzas juveniles, por ejemplo con la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género de Ecuador (CPJ).

En el 2006, en coordinación con el PRONESA y el apoyo de la FUSA se formaron las redes juveniles a través de procesos de capacitación en los colegios. Las actividades de capacitación duraron 15 días cada mes y por un año. La primera se realizó en Shushufindi y permitió la confluencia de grupos juveniles como la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género de Ecuador (CPJ) y organizaciones juveniles por los derechos humanos.

En el año 2007, la participación juvenil apoyó a la implementación de los Códigos de Convivencia, a través de talleres prácticos a maestros-as y estudiantes de colegios, que orientaban en toda la provincia y a los estudiantes, la importancia de los gobiernos estudiantiles. Las disposiciones del código se concretaban con la definición de actividades que recreaban las diversas realidades de los colegios y al mismo tiempo fortalecían la representación juvenil. Este trabajo contó con el apoyo de Servicio Paz y Justicia de Ecuador (SERPAJ-E).

En estos talleres participativos sobre el Código de Convivencia, se recomendó algunas objetivos y acciones para los centros educativos como: a) garantizar el acceso a psicólogos, b) incorporar a padres y madres de familia al proceso, c) distribuir el manual del código de convivencia, d) promover la participación juvenil y recrearla mas allá de lo que dicen los códigos, esto es, con el acumulado existente en cada unidad educativa.

En ese mismo año, se realizaron visitas a 30 extensiones de la UEDO y trabajaron con pares en torno al Manual “Aprendiendo a Vivir Bien”. También se realizó talleres con líderes juveniles de asociaciones rurales (Vega, 2007).

En el año 2007, como en años anteriores se celebró el día de los derechos sexuales y reproductivos, y en esta ocasión aglutinó a más de 1000 jóvenes, padres y madres de familia y tutores.

Desde el 2008, el Centro de Información Juvenil Marañas decidió transformarse en la Casa de la Juventud, con mucha fuerza el posicionamiento de los-as jóvenes avanza hacia la construcción de un Centro de Atención Integral de Adolescentes; sin embargo, piensan que no debía tener como sede el hospital, consideran que una buena opción debe ser la Cruz Roja, porque allí tienen capacidad para realizar exámenes, por ejemplo el de VIH. En todo caso, la idea es formar un sitio de encuentro juvenil que facilite información sobre sexualidad, promoción de los derechos juveniles, y, protección y restitución de las violaciones de derecho.

En el cantón Joya de los Sachas en el 2008 y en coordinación con el Patronato, se abordó la problemática del VIH y Sida, y se realizaron talleres de capacitación por cuatro meses. Luego los jóvenes capacitados llegaron a los colegios para conversar con sus pares, sobre todo con los quintos y sextos cursos. En esta ocasión llegaron al cantón Aguarico, de difícil acceso, pues sólo tiene vía fluvial. Los jóvenes recibieron una subvención como apoyo a su labor de difusión de información de salud sexual y reproductiva a la juventud de Aguarico. Una de las dificultades que este proceso presentó es que no pudo realizarse seguimiento.

Actualmente en Aguarico existe también la Mesa Juvenil y este contacto fue importante no solo para la formación y articulación de la juventud sino para la profundización en el entendimiento de los-as jóvenes indígenas y su cultura.

En definitiva se puede afirmar que el CIJM ha promocionado con éxito la conformación de mesas cantonales juveniles en toda la provincia de Orellana y su empoderamiento juvenil ha permitido el apoyo a organizaciones juveniles kichwas.

Los-as jóvenes más allá de la provincia de Orellana.

Actualmente la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO), enfatiza en la prevención del embarazo en adolescentes y se implementa el servicio de atención integral para los-las adolescentes en cada área de salud con el apoyo de un equipo responsable. Los jóvenes hacen referencia a ello, porque su mirada y demanda es que la DPSO lo construya con la participación de ellos-as. Se resalta que en junio de 2008, la juventud de Orellana participó en Quito en el Lanzamiento del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes.

Los jóvenes han realizado diversas actividades comunicativas y campañas. Propician abordajes productivos para “desarrollar capacidades humanas y técnicas para idear e implementar planes de negocio en base a las necesidades de productos y servicios del sector juvenil” como el programa “mi chance”.

En la actualidad despliegan algunas iniciativas artísticas-culturales como “la elaboración de cortometrajes”, “programas radiales”, coreografías, danza y teatro y su presencia se extiende en encuentros cantonales, provinciales, regionales, nacionales e internacionales. Se destaca el Foro Iberoamericano de La Juventud que se realizó en Guayaquil en agosto del 2008, para celebrar el día de la Juventud con 130 representaciones iberoamericanas.

Sobre los programas radiales, se capacitaron con PRODH y efectuaron un estudio de las radios a nivel local. Posteriormente hablaron con algunas radios locales, aquellas que tienen cobertura con los otros cantones, para abrir espacios en las radios formales, sin embargo, ha existido dificultades desde el nivel nacional de PRODH de facilitar los programas en condiciones adecuadas para su difusión, por lo cual los-as jóvenes han quedado mal con las radios locales.

El aporte de los jóvenes ha sido reconocido por el Coordinador Provincial de PRONESA, que afirma que las mesas de jóvenes “son aliados importantes pues complementan el trabajo de los docentes”. Esto también es referido por los coordinadores del módulo intercultural del buen vivir.

En forma simultánea se incorporaron al Acuerdo Nacional por Constituyente Juvenil y formaron parte del Mandato Juvenil que realizó una propuesta de los-as jóvenes para la nueva constitución. Fueron parte del comité de organización y participaron en eventos nacionales y regionales y dialogaron con asambleístas; uno de ellos se realizó en Octubre del 2007. Intercambiaron información con jóvenes del país en los diversos encuentros que se realizaron en Montecristi y Quito, específicamente en enero del 2008. En la actualidad son parte activa de la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos de los-as jóvenes (Vega, 2007).

Frecuentemente se reúne la mesa de concertación de jóvenes a nivel cantonal y el 31 de Octubre de 2008 realizaron la Asamblea juvenil con 34 personas, para estructurar el Plan Operativo Anual (POA) del 2009, a la vez que rindieron cuentas sobre su labor en el año 2008. En esta asamblea se cambio de nombre al Centro de Información Juvenil Marañas (CIJM) por el Frente Juvenil Orellana.

Esta asamblea elaboró un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la participación juvenil que da cuenta de sus avances y limitaciones (Cuadro 10).

Cuadro 10. FODA de la participación juvenil en Orellana, 2008

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un núcleo de estudiantes en algunas instituciones educativas. • El Municipio brinda apoyo económico a las y los jóvenes. • Se dictan capacitaciones en temas de interés juvenil. • El municipio toma en cuenta la participación de los jóvenes en sus proyectos. • Apoyo de distintas instituciones privadas. • Pasantías e intercambios de experiencias con tres organizaciones juveniles. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones permiten la representación de los jóvenes. • Los jóvenes asisten a capacitarse en diferentes temas. • Apoyo para participar en varios eventos provinciales, regionales y nacionales. • Ejercen el derecho a la libre expresión para decidir que hacer.
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de Organización. • Existe irresponsabilidad por falta de conocimiento de valores. • Falta de interés. • Falta de comunicación con la sociedad. 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La discriminación racial, étnica y de orientación sexual. • Falta de información. • Falta de capacitaciones en recursos humanos, drogadicción, ITS y otras de interés juvenil. • Los centros educativos de nivel medio no abastecen todas las especialidades que los y las jóvenes requieren. • En lo laboral, los sueldos a los-as jóvenes son muy bajos.

Fuente: Durango, Rocío, Informe de la Asamblea de la Mesa de Concertación de Jóvenes Cantonal, Orellana, 2008.

Las asambleas cantonales juveniles que se han realizado en Orellana, Aguarico, Loreto y Joya de Los Sachas; confluyeron en la gran Asamblea Provincial de Jóvenes de Orellana del 2008 lo cual permitió la conformación de un referente juvenil provincial cuyos temas de acción han trascendido a los temas de salud sexual y reproductiva y sus derechos al trabajo y el fortalecimiento de los derechos juveniles. En ese sentido, el trabajo tiene una mirada más amplia tanto temática como en territorialidad y su origen desde el Centro de Información Juvenil Marañas (CIJM) permite ahora un trabajo integral e intercultural desde la Mesas cantorales que han configurado a las Asambleas cantorales y provinciales como mecanismos para abordar la salud y del desarrollo desde la diversidad y la inclusión.

5. APRENDIZAJES

5.1. Desde los promotores:

El trabajo de los promotores de salud, especialmente de la zona indígena ha reconceptualizando la salud con la concepción del buen vivir⁵¹, y han establecido una serie de acciones permitiendo el acceso de la población rural e indígena a atención de salud, quienes no tienen una oferta de servicios públicos en sus territorios.

El trabajo con los promotores de salud con la incorporación del enfoque de género permitió identificar como prioritarios aquellos problemas relacionados con la inequidad de género como es la violencia contra la mujer que constituye un problema de salud pública, la violación de sus derechos humanos, que pone en riesgo la salud y la vida de las personas. Otro ejemplo es el cáncer de cuello uterino. Esto permitió abordar la sexualidad y la salud con enfoque de género y recrear el abordaje de estas dimensiones en el marco del Alli Kawsay, ahora precepto constitucional.

La formación de los promotores con un enfoque integral consideró el contexto local, ayudo a fortalecer la organización de la comunidad, de tal forma que la comunidad asumió su responsabilidad en el cuidado de la salud. Se afirma que esto es así, por el liderazgo de los promotores que ha incidido en la participación en salud de las comunidades, ya que su trabajo generoso y solidario ha sido fundamental para el fortalecimiento organizativo y la dinamización de las comunidades.

El rol de los promotores cambia de acuerdo al contexto y a la presencia de servicios de salud, pues el uso de medicamentos tergiversa su función, en ese sentido, se evidencia la necesidad de complementación del trabajo de los promotores de salud con los servicios, para que el rol de los promotores se centró en su razón de ser, cual es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La experiencia de los-as promotores-as muestra una tensión no resuelta entre el uso de plantas medicinales y los medicamentos químicos en la atención que brinda: pues si el uso de cada uno de estos recursos responde a diferentes visiones y saberes curativos; en ambos casos su acción se limita puede limitarse a poner su atención en la enfermedad y no posibilita extender sus funciones al desarrollo integral de la persona, de la comunidad para centrar la mirada en la salud. Esta tensión exige la presencia de los

⁵¹ Se resalta el hecho de que actualmente el Sumay Kawsay forma parte de la Constitución del Ecuador del 2008 y expresa el camino realizado por el movimiento social en pos de entender y construir la interculturalidad. Este es un mandato en el país por la presencia de diversas nacionalidades que tienen su particular forma de entender y vivir, la salud y la vida.

servicios oficiales en salud que permitan reorientar sus acciones y fortalecer la referencia y la contrarreferencia; lo cual ayudaría por ejemplo a enfatizar en el uso de plantas medicinales y alimenticias como un recurso de nutrición saludable y prevención de enfermedades antes que de curación. El reto de la mano de la generosidad del saber tradicional indígenas es la revalorización de los recursos alimentarios para la nutrición saludable, y la seguridad y soberanía alimentaria.

La acción del promotor de salud que se inicio inspirada en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) da un giro cualitativo hacia el desarrollo de la promoción de la salud, pues los promotores se involucran en el empoderamiento comunitario en tanto son líderes, con la construcción de escuelas saludables, con el abordaje de la sexualidad y con el emprendimiento de acciones productivas. Esto es, la salud da pasos no solo para atender la enfermedad sino para influenciar en algunos determinantes sociales.

La conformación de la red de salud provincial, fue un factor efectivo para enfrentar los retos, ha permitido conocer el trabajo y una valorización de las instituciones y organizaciones participantes, aun cuando continúa el celo institucional, el protagonismo y el partidismo que ponen en riesgo la experiencia local de Orellana en salud (FUSA y Sandi Yura, 2007).

El trabajo mancomunado en salud y desarrollo, favorece la consecución de los objetivos y permite ampliar las coberturas, además que el trabajo en red supone una renuncia a las actitudes de protagonismo.

Es un reto para futuras acciones el mantenimiento, fortalecimiento y seguimiento de la coordinación interinstitucional y la participación ciudadana, trascendiendo el aporte de los promotores y revalorizando el papel de las comunidades en el logro de la salud y la ampliación de las coberturas de atención y del cuidado de su salud hacia una cultura sanitaria.

La presencia de los promotores y de comunidades indígenas exige a la Rectoría en salud, implementar políticas interculturales que permitan un diálogo entre las visiones de salud occidental y tradicional, así como implementar mecanismos interculturales que propicien el dialogo de saberes y el énfasis en el ámbito de la salud y el desarrollo.

En definitiva, esta forma de participación a través de los promotores de salud, surge desde una necesidad de cubrir las falencias de un Estado que no llega a las comunidades alejadas rurales e indígenas; y con la legitimación de su liderazgo, no sólo permite que el Sistema Nacional de Salud se fortalezca sino que ayuda al empoderamiento individual y colectivo de las comunidades que propician acciones de salud integrales que en algunas ocasiones se revierte en mejoras individuales y colectivas, que sin embargo presentan como dificultad el insuficiente reconocimiento del Sistema en el ámbito local. Su reconocimiento se da desde la comunidad más que desde el Sistema de Salud.

5.2. Desde los comités de usuarias:

Los comités de usuarias han sido fundamentales no solamente en el mejoramiento de la calidad de atención a través de la realización de las encuestas de sus veedurías sobre

calidad de atención, sino que han permitido una demanda continua para que el sector salud de Orellana, amplíe sus servicios, con mayor infraestructura y los dote de recursos humanos para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Han propiciado el sistema de transporte de emergencia y la DOC entre otras.

Los comités de usuarias constituyen una forma de organización social, importante para mejorar la calidad de atención, pues a veces la calidad es vista desde una mirada técnica y solo desde la visión de los proveedores o prestatarios de salud, hacerlo con la confluencia de las usuarias permite acercarse al mundo de la demanda, y ante todo politizar la salud, asumiendo que el acceso a servicios de calidad es un derecho humano de todos y todas.

La experiencia de los comités de usuarias revaloriza la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, pues su defensa de la gratuidad y de la calidad, solo puede garantizarse con la confluencia de la participación ciudadana, que debió ir en contracorriente con una institución que en un momento determinado acorde con el pensamiento neoliberal, empezó a cobrar por la atención e institucionalizó la autogestión. Es importante situar que la gratuidad que actualmente posiciona la cartera de salud en todo el territorio ecuatoriano, solo es posible gracias a la resistencia de la Ley de Maternidad y ante todo al trabajo de los comités de usuarias que luchó por ello, en tiempos neoliberales.

La experiencia de los comités de usuarias ratifica sobre la importancia del conocimiento, pues la información es el punto de entrada para que las mujeres conozcan sus derechos y se constituyan en sujetas de derechos. Es interesante caer en cuenta que esta constitución como sujetas, tiene como punto de partida su cuerpo, lo cual imprime un valor que trasciende la Ley de Maternidad Gratuita y los procesos colectivos en los que están insertas, ya que las mujeres mejoran su calidad de vida, a través de: la información sobre sus derechos, el ejercicio de sus derechos al interior de su familia, la exigibilidad de los mismos en los espacios públicos especialmente los servicios de salud, y la proyección de sus proyectos de vida (estudian, limitan sus posibilidades maternas, ejercen sus derechos sexuales y derechos reproductivos, se insertan en proceso políticos, se constituyen y visibilizan como mujeres políticas).

El trabajo veedor sobre los servicios de salud, deja como lección el hecho de que no puede desarrollarse en forma antagónica con los proveedores de servicios, sino más bien con un sentido de colaboración y autonomía, pues sólo cuando los proveedores dejan de resistir, pueden dialogar con las demandas de las mujeres y propiciar el fortalecimiento de sus instituciones.

Los comités de usuarias constituyen un mecanismo de ejercicio ciudadano por la salud en el nivel local y ha sido este proceso el que ha permitido la construcción de agendas nacionales y provinciales, que tiene como base el trabajo local en comunidades, parroquias y cantones.

La participación ciudadana y específicamente de los comités de usuarias han sido un mecanismo idóneo, no solo para repensar la relación Estado-sociedad civil y permitir una participación ciudadana que vigile los recursos del estado y que fortalezcan el uso y el cuidado de lo público.

El trabajo realizado para prevenir el Cáncer de Cérvix, permite afirmar que las coberturas aumentan incluso en las zonas rurales, cuando las acciones del MSP, van de la mano de estrategias de movilización, coordinación intersectorial y campañas de movilización que consideren a los promotores de salud en las zonas rurales y a los comités de usuarias como sujetos responsables de salud y líderes-líderesas reconocidas en su comunidad, con influencia en el comportamiento de las pobladoras. En ese sentido, se puede afirmar que la estrategia de participación ciudadana en salud a más de ser un derecho político, posibilita acción positiva para acceder a aquellas personas excluidas por ejemplo a los pobladores rurales específicamente a mujeres campesinas e indígenas al igual que las mujeres afroecuatorianas.

El trabajo coordinado sobre el DOC, muestra el valor agregado de la coordinación intersectorial, pues el Sistema de Información de toma de pap test, brinda información de fuente primaria, que mejora el conocimiento sobre la salud de las mujeres y permitiría fortalecer la Rectoría del sector Salud, con una toma de decisiones oportuna y coordinada sobre la información recolectada.

La experiencia es un avance a la promulgación de acciones que brinden atención integral a las mujeres desde el paradigma de la promoción, pues el papanicolau se realiza en un marco de derechos sexuales y derechos reproductivos que tiene como punto de partida la decisión de las mujeres de hacerse el examen de manera informada, hasta la obtención de los resultados y si el caso amerita la concreción del tratamiento integral en las unidades competentes.

El trabajo de los comités de usuarias ha tenido un impacto importante no sólo en el sector salud, sino a nivel comunitario, familiar y personal. Para muchas mujeres este trabajo le ha permitido constituirse en líderesa con conocimientos de derechos desde la constitución hasta las leyes así como en la normativa institucional.

5.3. Desde la participación juvenil:

La participación juvenil que tuvo como punto de partida la información en salud sexual y reproductiva así como en sus derechos, potenció el dinamismo de los jóvenes que aportaron no sólo a los sectores públicos, especialmente a salud y educación, sino que se extendió a las comunidades rurales a partir de un trabajo de pares que promovió la participación juvenil en los sitios más apartados de la provincia, como es el cantón Aguarico.

El trabajo de FUSA con jóvenes, dinamizó propuestas innovadoras para investigar en los servicios de salud, verbigracia la investigación de embarazo inseguro y la administración de PAE; abordar temas que generan resistencia como es el trabajo sexual a través de programas como asexorate; y conformar la mesa cantonal de jóvenes. Estas propuestas fueron pioneras y se han socializado a nivel nacional e internacional.

En ese sentido, se afirma que la participación del Centro de Información Juvenil Marañas (CIJM) y posteriormente la Mesa Cantona Juvenil, deja diversas herramientas técnicas (capacitación, información, investigación, entre otras) y políticas (organizativas, difusión y ejercicio de derechos) que han permitido la articulación juvenil en torno a temas de salud y derechos sexuales y derechos reproductivos y la dinamización de la organización juvenil a través de asambleas, mesas, foros, etc.

El empoderamiento juvenil desde la salud sexual y reproductiva fue un punto de partida para que la juventud de la provincia de Orellana, promueva sus derechos juveniles y se convierta en sujeto de derechos, no solo como actor en los espacios de coordinación sectorial. Se resalta que las relaciones con otras organizaciones juveniles a nivel nacional han permitido afianzarse como sujeto en las propuestas constitucionales y actualmente en la definición de espacios juveniles provinciales que respondan a las necesidades de los y las jóvenes.

La participación juvenil coincide con la dimensión corporal de la participación de las usuarias; pues estos temas que tienen como punto de partida el territorio del cuerpo, exigen procesos de empoderamiento que se resuelven en si mismo –en primera instancia- y no solo para otros-as; en tal sentido tienen la fuerza del empoderamiento juvenil y pueden limitar el funcionalismo, instrumentalización y utilización de diversas formas de participación que enfatizan más en lo colectivo en desmedro de lo individual. No se trata de una postura individualista, sino más bien del entendimiento de que cualquier emprendimiento social y colectivo, debe ir de la mano del desarrollo y empoderamiento individual, pues es lo único que garantiza un cambio auténtico, perdurable y profundamente creativo que trasciende de la temporalidad y del medio o temática que se posiciona (Salud sexual y reproductiva, Ley de Maternidad Gratuita, GJIM, Mesa cantonal, etc.) ya que convierte a las personas en líderes y lideresas dueñas de su camino.

Para los tres grupos de participación (promotores-as, usuarias y juventud) cuya experiencia se sistematiza, cabe afirmar lo siguiente:

- Las contiendas electorales dificultan la coordinación entre instituciones públicas de salud y educación con los gobiernos locales en tanto enfrentan cambios temporales de autoridades hasta el nivel medio, con lo cual la continuidad de las acciones se interrumpe.
- Debilidad en el apoyo desde lo nacional que hace que muchas de las acciones locales se queden aisladas, esto sobre todo en el trabajo de los comités de usuarias y los vaivenes de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y sus instancias de gestión.
- Se reafirma la necesidad de comprometer y articular a más organizaciones de mujeres y juveniles en propuestas que beneficien la salud de todos y todas, especialmente del sector rural e indígena.

6. A MANERA DE CONCLUSIÓN

El proyecto FUSA-UNFPA ha promocionado la participación en salud, específicamente en salud sexual y reproductiva, desde diferentes enfoques, los cuales han aportado al fortalecimiento y la garantía de la salud en la Provincia de Orellana.

Las diversas formas de participación emergen, acorde a las necesidades locales que en concordancia con la dinámicas internacionales imprimen una diversidad y riqueza, al facilitar la concreción de la Atención Primaria en Salud a través de los promotores de

salud, o los mandatos de Cairo y Beijing a través de la participación de las mujeres (comité de usuarias) y los-as jóvenes en el quehacer local en salud.

La emergencia de los-as promotoras de salud permitió extender la cobertura en las comunidades diversas y dispersas, muchas de ellas indígenas, en un diálogo de saberes con la cosmovisión indígena, que enfatizaba en el buen vivir. Los promotores de salud indagaron en la relación salud-desarrollo y desde allí aportaron no solo a mejorar la salud de sus comunidades, sino a insertarse en otros procesos comunitarios. Desde esa mirada, la Atención Primaria de Salud, dio lugar a la Promoción de Salud, pues se trabajó con escuelas saludables y con microproyectos productivos.

Los actores locales afirman que la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), fue un paraguas, que posibilitó fortalecer las prestaciones, formar a los recursos humanos especializados necesarios y estructurar el transporte de emergencia. Establecen que la LMGAI brinda instrumentos concretos para transformar el Sistema nacional de Salud. En palabras de una profesional de la Dirección Provincial de Salud de Orellana *“La Ley es súper importante desde todo punto de vista, yo veo el quehacer de salud como una cosa inmensa, como un bosque que tiene muchos árboles y hay que podar, y la LMGAI es la que ayuda a podar cada árbol, porque ha creado instrumentos para ello”*.

Se afirma que bajo el mandato de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y desde los comités de usuarias, las mujeres muchas de ellas rurales e indígenas han jugado papel importante en la dinamización y el desarrollo del sector salud, a través de las siguientes acciones:

1. Seguimiento constante de la calidad de atención a través de sus procesos de veeduría, en ese sentido han sido “abogadas del diablo”, y han presionado a las autoridades sanitarias. Su trabajo ha permitido el cumplimiento de las prestaciones. Ellas fueron las que en la atención en el servicio de salud denunciaban su malestar por las sala de espera y demandaron un sitio más cómodo.

Verbigracias, las usuarias referían que al estar en la “espera a ser atendida” y sentir que el lugar por estrecho e inadecuado “era un horno”, con su demanda promovieron la mejora de la sala de espera, a través de cuestiones sencillas como la “compra de un ventilador”.

2. Ha permitido que la cobertura del hospital se ampliara, pues antes era más pequeño. En una sala hospitalaria, cabían seis o siete personas y no solo las mujeres que iban a dar a luz. En la actualidad el hospital tiene mayor capacidad.
3. Los resultados de la veeduría permitían realizar compras y coordinar entre usuarias y técnicas de acuerdo a las normas y protocolos de la dirección provincial. Estas formas de negociación permitieron que las usuarias y el personal de salud tengan una actitud de diálogo y eviten choques.
4. Cruzar la información fue necesaria para los diversos actores, pues en las reuniones de planificación se cruzaba la normativa técnica con las encuestas realizadas por las usuarias.

No hay ningún comité de usuarias que haya surgido espontáneamente y se organizan de mejor forma y con mayor eficacia, cuando gozan del apoyo de instituciones externas que les asesoran, capacitan y contemplan algunos aportes para la movilización.

La participación de los comités de usuarios propicia un diálogo con el personal de salud y ante todo la revalorización del espacio público en salud. El hospital y los servicios de salud ya no son espacios de difícil acceso, las mujeres han caminado en la percepción de que son espacios que les pertenece y que deben ser cuidados.

El sentido ciudadano se ha revalorizado, pues ahora las mujeres saben que si hay una muerte materna no es una responsabilidad individual, ante todo es una responsabilidad del Estado, que debe promover acciones para garantizar el derecho a la vida, a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Los Consejos cantonales de salud han permitido: a) el impulso del transporte de emergencia, b) las capacitaciones al personal de salud y a los jóvenes y comités de usuarias, c) el pago de bonificación de los jóvenes devengantes que estudian en las universidades, d) la movilización de recursos para la salud, por ejemplo la construcción de la morgue y la ampliación de la infraestructura en salud a nivel local, la provisión de medicamentos e insumos de laboratorio, el contrato de personal de enfermería e incluso para malaria, e) la promoción de la no violencia y la prevención del embarazo en adolescentes en un enfoque amplio del buen vivir.

La participación juvenil se ha potenciado desde el grupo marañas y el centro de información juvenil y en la actualidad se proyecta a la constitución de la Casa de la Juventud con una participación activa en la Mesa de la Juventud. En este lapso el aporte de los-as jóvenes ha sido fundamental, empoderando a sus pares urbanos y rurales, mestizos e indígenas en el conocimiento de la salud sexual y reproductiva y sus derechos., han llegado también a las trabajadoras sexuales.

Con el sector educativo, han apoyado en la capacitación de diversos temas y se resalta su trabajo en la implementación de los códigos de convivencia y en los procesos de capacitación y seguimiento del módulo intercultural de educación de la sexualidad “Aprendiendo a vivir bien”.

Con el sector salud, los-as jóvenes han tenido una participación activa en el Plan Provincial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, en el Programa de prevención de VIH, en acciones para prevenir la Violencia de Género y en la defensa de la Anticoncepción de Emergencia. Los-as jóvenes han coordinado sus acciones con promotores juveniles de salud en comunidades Kwichuas.

Los jóvenes de Orellana fueron parte del proceso que conformó el Acuerdo Juvenil a nivel nacional hacia la Constituyente. En ese sentido, se puede afirmar que su trabajo cotidiano y la participación en salud sexual y reproductiva les han permitido consolidarse como sujetos políticos, cuya voz esta inserta en la dinámica local por la salud, lo sexual y lo reproductivo así como por los derechos juveniles.

El aporte a la construcción de ciudadanía desde FUSA ha tenido enfoques diversos, sin embargo no sólo se han centrado en capacitar a los-as promotores y-o mejorar el acceso a los servicios de salud y de salud sexual y reproductiva; sino que han contribuido la

forja de ciudadanos-as que aportan políticamente, en ese sentido los jóvenes contribuye en esta construcción como actores locales en forma autónoma. Esto ha sucedido en menor medida con los comités de usuarias cuyos aportes se potenciarían con la promulgación de políticas de salud interculturales y de género que promuevan la participación ciudadana.

Puede considerarse que el mayor éxito ha sido la respuesta de los municipios que promovió y financió los mayores logros conseguidos (al grado de incorporar a mujeres impulsoras en sus filas para proseguir con el trabajo), a través de los presupuestos participativos tanto cantonales como provinciales. Los cambios en el MSP surgen recién en gran medida con el modelo de salud integral, familiar y comunitaria, la articulación con este modelo de salud que dará mayor atención al trabajo extramural y la acción comunitaria debe ser tomada en cuenta.

La experiencia de FUSA-UNFPA muestra eficacia en las acciones desde la aplicación de diversas estrategias que comprenden la participación en salud, la coordinación intersectorial, la capacitación e investigación, la interculturalidad, la veeduría, y el fortalecimiento institucional que conlleva a mejorar el acceso de la salud sexual y reproductiva a la población de Orellana, sin embargo es urgente que la DPSO y las instituciones públicas asuman los aprendizajes, retos y vacíos de la experiencia para caminar en el ejercicio del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La calidad de atención y la alianza con QAP ha sido importante en la experiencia y puede permitir en el futuro, establecer mayor claridad en el rol de los comités de usuarias frente a la situación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

7. CONSIDERACIONES PARA TRABAJAR A FUTURO:

La dinámica política actual impacta en los procesos locales de salud, por lo que es necesario desde una instancia posicionada en potenciar los aportes de los diferentes actores locales y los aprendizajes de las experiencias, el acompañamiento a los diferentes espacios para propiciar diálogos que permitan avanzar y potenciar los logros en salud.

La relación de estas experiencias con la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO), demanda de la cartera un posicionamiento de reconocimiento y de proyección hacia un proceso que permita ciudadanizar la salud, y reorientar los servicios de salud con un enfoque integral de promocionar la salud. Esto podría fortalecer la participación ciudadana en salud, construir redes plurales en salud, ampliar espacios de coordinación intersectorial que trasciendan lo municipal y establezcan puentes entre lo local (rural) y lo provincial, promoción del derecho a la salud y de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, entre otros.

Su papel rector enfrenta el reto de afianzar la Atención Primaria de Salud (APS) y la promoción de la salud para posicionar los derechos sexuales y reproductivos así como garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Temas como embarazo adolescente y la prevención del VIH, podrían ser trazadores en nuevas iniciativas.

La construcción del Sistema Nacional de Salud, debe conjugar esfuerzos desde diferentes instituciones, y mínimamente deberían establecer espacios de coordinación entre Salud y Educación que permita la construcción de espacios saludables en la construcción de una cultura por la salud.

Persiste como urgencia la capacitación del personal de salud del MSP, no sólo en temas médicos como los Centros Obstétricos de Emergencia y Neonatal (CONE), sino también en otros temas de sexualidad y reproducción, como en enfoques interculturales, de género e intergeneracionales así como en el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el rol del funcionario público en el ejercicio de estos derechos.

La estrategia de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) debe dialogar con el acervo acumulado por los-as promotores-as de salud y caminar a prestaciones que incluyan la salud sexual y reproductiva.

Es importante caminar a la construcción de indicadores de monitoreo y seguimiento de la salud sexual y reproductiva en un diálogo desde la experiencia local con la nacional.

Apoyar a la movilización en salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

Seguimiento al cumplimiento local del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y la activación de los comités de vigilancia de la muerte materna con la participación ciudadana, esto es comités de usuarias, promotores de salud y jóvenes.

Fortalecimiento del programa de DOC, con la construcción de una red de seguimiento y apoyo a las mujeres en sus diagnósticos y tratamientos.

El desarrollo de programas de derechos sexuales y derechos reproductivos y la prevención de la violencia de género y del VIH con las trabajadoras sexuales.

Aplicación de la LMGAI a través del cumplimiento de convenios con el IESS, y con parteras.

7.1. Desde lo promotores:

El valor del trabajo de los promotores debe ser posicionado en las instancias públicas de tal forma que exista una política que promueva el trabajo de los promotores y forme nuevos de tal forma que se extienda la cobertura de atención a las comunidades.

Este trabajo debe continuar con el impulso de las brigadas comunitarias intersectoriales, con el manejo y el abastecimiento de los botiquines comunitarios, con la búsqueda activa de incentivos que permitan que el promotor-a continúe en forma legítima y digna en su comunidad.

7.2. Desde los comités de usuarias:

El trabajo de los comités de usuarias, debe propiciar un acercamiento entre los comités cantonales, que permita una agenda provincial que se adapte a los cambios políticos,

defendiendo sus experiencias como veedoras, mecanismo que les ha permitido dinamizar el sector salud.

Las usuarias deben posicionar su trabajo que ha servido para cuidar y potenciar los recursos públicos en salud. Un ejemplo de ellos es el estado del sector salud cuando iniciaron su trabajo y la red de transporte de emergencias.

Existe una tradición de intersectorialidad en salud, por el cual el Municipio de Orellana moviliza recursos en salud. Esta intersectorialidad debe trascender las dinámicas e intereses institucionales y partidistas, para propiciar diálogos a través de los diversos instrumentos viables, para que los recursos que se movilizan sean efectivos y no se dupliquen acciones.

Existe un acumulado en FUSA en la capacitación y empoderamiento de la ciudadanía en salud, lo cual debe continuarse, pues han sido fundamentales en la institucionalidad de la salud sexual y reproductiva de la provincia de Orellana. Sin embargo, los esfuerzos en salud sexual y reproductiva y en el apoyo a los comités de usuarias y a la participación juvenil, se han concentrado más en el cantón Orellana, en relación a los dos cantones restantes, entonces es interesante que se inserte en una dinámica provincial, permitiendo que lo cantonal siga su propia dinámica independiente. FUSA debería propiciar una asesoría y seguimiento constante a lo cantonal con miras a trabajar y posicionar los comités de usuarios a nivel provincial.

También puede plantearse como desafío, mayor efectividad en la información y seguimiento de los resultados en las pruebas para el DOC, pues solo dar atención e informar los exámenes que tienen resultado positivo desalienta a realizarse la prueba en el futuro.

Se habla de alcances y representatividad, pero los datos sobre el porcentaje de representatividad no lo muestran así, se nota la reducida presencia de mujeres indígenas en los comités siendo una población mucho mayor, y en cambio una gran participación de mujeres mestizas, una estrategia para aumentar la participación de la mujer indígena es necesaria, y también el tema de la “interculturalidad positiva” que puede ser la parte débil para generar esta ausencia.

7.3. Desde los jóvenes:

Es fundamental la integración de un mayor número de jóvenes al trabajo realizado, pues es necesaria una mayor representatividad en la provincia.

Es recomendable impulsar mayor información a los jóvenes en salud sexual y reproductiva y fortalecer el acceso a cantones alejados a través del trabajo de pares. Igualmente es imperativo buscar becas que permitan el acceso a la educación universitaria de los y las jóvenes.

Apoyar al fortalecimiento de la Casa de la Juventud, a través de un diseño participativo de la mencionada casa que lleva a incorporar diversas estrategias desde participación juvenil, salud sexual y reproductiva hasta la incorporación de acciones que extiendan las iniciativas locales por el derecho a estudiar de los jóvenes y ante todo que sea un sitio de encuentro.

Promover acciones de reconocimiento al aporte que los-as jóvenes han realizado para la institucionalización de la temática en el quehacer institucional del: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, y Municipios.

ANEXO 1. BIBLIOGRAFIA Y DOCUMENTOS REVISADOS

Acuerdo Nacional por la Constituyente Juvenil, *Mandato Juvenil*, con el apoyo del MIES, UNFPA, Fondo ágil, INNFA, Proyecto Ecuador adolescentes, CCCC, Ecuador, 2008.

Betancourt, Zaida, *Informe sobre la Evaluación del Proyecto de Salud con Mujeres Indígenas en Guatemala*, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, Guatemala, 1996.

Castellanos, Beatriz y Martha Falconier, *La educación de la sexualidad, en países de América Latina y El Caribe*, UNFPA, Equipo de apoyo técnico para América Latina y El Caribe, Quito, 2003.

Consejo Cantonal de Salud Orellana, CCSO. Consejo Cantonal de Salud Orellana, EN: Red de promoción de la salud, *“Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador”*, Quito, 2006.

Consejo Nacional de las Mujeres, Family Care Internacional y Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), *“Ruta de denuncia por el incumplimiento o violación a los derechos consagrados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”*, Quito, 2007.

Consejo Nacional de las Mujeres, Family Care Internacional, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM-Q), UNFPA, GTZ, AME, MODERSA-MSP, *“La Llave: Guía para la conformación y funcionamiento de los Comités de Usuaris de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”*, Quito, Reimpresión, 2005.

Crespo, Jeanina, Informe de actividades CUS Loreto, enero a agosto, 2008. Policopia.

Chuncha, Galo y Martha Taco, Médicos del postgrado de Ginecología y Obstetricia, Informe definitivo, Policopia, sin fecha.

Dirección Provincial de Educación Hispana Orellana y Proyecto FUSA-UNFPA SSR Amazonía 2001-2006, *Educación Sexual en Orellana: Aprendiendo Juntos*, Orellana, sin fecha.

Dirección Provincial de Salud de Orellana, Proyecto de Garantía de Calidad QAP, URC/CHS Ecuador, FUSA-UNFPA, Gobierno Municipal de Orellana, *Informe del Curso de Capacitación para Proveedores en Cuidados Obstétricos Esenciales*, Orellana, Enero, 2008.

Durango, Rocío, Memoria del Taller de Códigos de Convivencia, sin fecha, Orellana, Policopia.

Durango, Rocío, Informe del Lanzamiento del Plan de Prevención de Embarazo en Adolescentes en Quito del 26 de Junio de 2008, Policopia.

Durango, Rocío, Informe de la Asamblea de la Mesa de Concertación de Jóvenes Cantonal, 31 de Octubre de 2008, Policopia.

FUSA, Fundación Salud Amazónica, Provincias de Orellana y Sucumbíos, EN: Red de promoción de la salud, “*Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador*”, Quito, 2006.

FUSA, UNFPA, Asociación de Promotores de Salud Naporuna Sandiyura de la FCUNAE, MSP, MEC, UEDO, DIPEIBO, “*Aprendiendo a Vivir Bien*”, Un Módulo Intercultural de Educación para la Sexualidad, Kawsayta Yachashpa Kawsana, Financiado por la Cooperación Luxemburgo, Orellana, 2005.

FUSA, UNFPA, Gobierno Municipal de Francisco de Orellana, *Diagnóstico de personas beneficiarias-os del Bono de Desarrollo Humano*, Orellana, Policopia, sin fecha.

FUSA, *Informe sobre la situación de delitos sexuales en la provincia de Orellana*, Orellana, Policopia, sin fecha.

FUSA y Sandí Yura, *Experiencias de “Promoción de Salud y Participación Ciudadana en la Amazonía Ecuatoriana”*, Quito, 2007.

FUSA, UEDO, UNFPA, *Comics, apoyo didáctico para la Guía Aprendiendo a Vivir Bien “Kawsayta Yachashpa Kawsana”*, Ibarra, 2006.

FUSA, Departamento del Ambiente del Consejo Provincial de Orellana, Universidad de UMEA-Suecia, UNFPA, *Sistema de Información en Demografía, salud y Ambiente: Informe de Línea de Base 2006*, Orellana, Junio, 2007.

FUSA-UNFPA, Informe de asesoría al patronato de servicio social de Orellana, Orellana, 2005.

Gobierno Municipal de Orellana (GMO), Inversión efectuada por el Consejo Cantonal de Salud de Francisco de Orellana por componente y año, años 2003 a 2008, Policopia, Orellana, 2008.

Goicolea, Isabel, *Detección Oportuna Cáncer Cérvix en Orellana*, FUSA-UNFPA-MSP-GMO, Orellana, 2004.

Goicolea, Isabel, *Propuesta sistema COE local integrado en Orellana*, Policopia, Orellana, 2006.

Gómez, Franklim, *Sistematización de actividades de la mesa juvenil de Orellana 2008*, Policopia.

Gómez, Franklim, Informe de la caravana en la Parroquia Taracoa, 18 de septiembre del 2007, Policopia.

Gómez, Franklim, Informe de participación de la preparación y entrega del mandato juvenil a la mesa que integran las y los asambleístas de la Asamblea Nacional Constituyente, Montecristi, 19, 20 y 21 de enero de 2008, Policopia.

Guerrón, 2003, Informe de actividades realizadas en el Hospital Francisco de Orellana en el Área de Anestesia correspondiente al mes de Junio, 2003, Policopia, 2003.

Peralta, Alba, Informe del Primer Taller de COE comunitario en Francisco de Orellana, Febrero 2006, Policopia.

Pinto, Iván y Edwin Zambrano, *Informe Programa Asexorate*, Orellana, Diciembre, 2005. Policopia.

Restrepo, Helena. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá. 2001.

Sandi Yura, Asociación de Promotores de Salud Naporunas Sandi Yura, Provincia Orellana y Sucumbíos, EN: Red de promoción de la salud, “*Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador*”, Quito, 2006.

UNFPA, Programa País, 2004-2009, Quito, Policopia.

UNFPA Orellana, *Informes anuales del proyecto FUSA-UNFPA Amazonía de los años 2004, 2005, 2006 y 2007*, Orellana.

UNFPA Ecuador, “*Cuerpos, tambores y huellas*”, Sistematización de Proyectos de Salud Sexual y reproductiva 2000-2003, Ecuador, 2004.

UNFPA, *Del Cairo a Beijing Extractos*, Recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) y de la IV Conferencia Mundial de La Mujer (Beijing 1995), Quito, sin fecha.

Vega, Silvia y col., *Evaluación del Programa de Cooperación UNFPA/Ecuador 2004-2008*, Anexos del Informe Final, Quito, Marzo, 1998. Policopia.

Vega, Silvia, *Implementación del enfoque de derechos humanos en el programa de maternidad gratuita y atención a la infancia, con énfasis en el desempeño de los comités de usuarias*, UNFPA Ecuador y CONAMU, Quito, 2007.

Acuerdos y convenios revisados:

Acta de Entrega Recepción de equipos médicos para la Atención Primaria de Salud en Salud Sexual y Reproductiva entre la Dirección Provincial de Salud de Orellana, el Área 1 y el Proyecto FUSA-UNFPA de Salud Sexual y Reproductiva Amazonía, Orellana, 26 de Julio del 2002.

Convenio de Atención Médico Profesional en Servicios de Anestesiología y Salud Sexual y Reproductiva a través de pasantías de postgradistas de anestesiología en Orellana, firmado entre el Gobierno Municipal de Orellana (GMO), la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO) y el Proyecto FUSA-UNFPA de Salud Sexual

y Reproductiva Amazonía y la Dirección de Postgrado de Anestesiología de la Universidad Central del Ecuador, Orellana, Mayo, 2003.

Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Provincial de Salud de Orellana (DPSO), FUSA y el Centro de Atención Integral Jambi Huasi, Orellana, 16 de Octubre de 2003

Convenio Marco de Colaboración entre la FUSA, la Jefatura de Área 1 y la Dirección Provincial de Salud Orellana, Orellana, 6 de Abril de 2004.

Convenio de Cooperación Interinstitucional para el Sistema de Transporte de Emergencias desde las comunidades rurales del cantón al hospital Francisco de Orellana, Orellana, 18 de Abril de 2005.

Convenio de participación entre el Gobierno Municipal de Francisco de Orellana y la FUSA-Comité de Usuarías, Orellana, 12 de Julio de 2006.

Convenio de Cooperación Interinstitucional para el Sistema de Transporte de Emergencias desde las comunidades rurales del cantón al centro de salud Loreto y hospital Francisco de Orellana, Loreto, 23 de Abril de 2007.

Convenio entre el Gobierno Municipal del Cantón Loreto, la Red de Servicios de Salud de Loreto y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva para el mejoramiento de la ambientación de las Unidades de Salud de Puerto Murialdo y san José de Payamino, Orellana, 2001.

Convenio entre la Red de Servicios de Salud de Loreto y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la celebración del día contra la violencia a la mujer y la familia en el Cantón Loreto, Octubre, 2001.

Convenio entre Sandi Yura y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para el trabajo con promotores de salud y comunidades de FCUNAE en derechos sexuales y reproductivos, Orellana, enero, 2003.

Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Francisco de Orellana, la Asociación Sandi Yura, la Fundación Ayllu Warmikuna, FUSA, y la Dirección Provincial del Ministerio de Salud para el funcionamiento del Centro de salud Integral en el Coca, Orellana, 25 de Agosto de 2003.

Acuerdo de Cooperación entre la Dirección Provincial de Educación Hispana de Orellana y la FUSA (Proyecto FUSA-UNFPA) salud sexual y reproductiva amazónica, Orellana, 2002.

Acuerdo de Cooperación entre la Dirección Provincial de Salud de Orellana y la FUSA (Proyecto FUSA-UNFPA) salud sexual y reproductiva amazónica, Orellana, 2002.

Acuerdo entre Direcciones Hispana y Bilingüe, UEDO, Sandi Yura, DEP, Salud Pueblos Indígenas y Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para implementar módulos de educación sexual en los colegios presenciales y a distancia de comunidades indígenas, Orellana, Febrero, 2003.

Convenio entre el FUNEDESIN y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la realización de un proyecto de salud sexual y reproductiva en Mondaña, Coca, 2002.

Convenio entre el CIJ Marañas y el Proyecto FUSA-UNFPA de salud sexual y reproductiva, para la realización de un Encuentro Nacional de Organizaciones Juveniles y de Adolescentes, Coca, 2003.

Convenio de coparticipación entre el Municipio de Orellana y la FUSA para el fortalecimiento del Centro de Información Juvenil Marañas, Orellana, 12 de Agosto de 2003.

ANEXO 2. LISTA DE ENTREVISTADOS Y ENTREVISTADAS

- Sra. Fanny Palacios presidenta del Comité de Usuarías/os del cantón Joya de los Sachas.
- Alba Peralta, funcionaria municipal, ex miembro de FUSA.
- Dra. Rosa Japón. Responsable de Normatización de la Dirección Provincial de Salud de Orellana.
- Personal de FUSA: Guillermo (falta apellido), Fabiola Sánchez (Directora de FUSA), Johanna Silva, Lau Intriago (promotor social), Hugo Garzón (contador), Nelson Chancalian.
- Dra. Digna Rocha-Directora del Patronato Municipal del cantón Joya de los Sachas.
- Carmita Camacho- Promotora de Gestión Social del Patronato del Municipio de Joya de los Sachas- Oficina de Derechos Humanos.
- Dr. Juan Balseca-Director del Departamento de Salud del Municipio de Orellana.
- Darwin Ventura Grefa Huatatoca, Unidad “José Tanguila”
- Julio Marco Noteno Chapungala, UEDO
- Efraín Roberto Alvarado Yumbo, “Patayacu”
- Bolívar Francisco Ajon Chimbo, Extensión Arapino
- Fernando Luis Ajon Noteno, Unidad Educativo Fiscomisional a Distancia Orellana.
- Edy Fernando Villota Sarmiento, Extensión Samenay
- Segundo Alejandro Tamay Tamay, UEDO
- Bartola Rentaría Sigüenza Ch., Verde Sumaco
- Daysi Granda, Generación Latina
- Ricardo Rivas, Generación Latina
- Maribel Reyes, Generación latina
- Jefferson Arroyo, Centro de Información Juvenil Marañas
- Franklim Gómez, Gobierno Municipal de Orellana, Mesa de Jóvenes

ANEXO 3. CONVENIO DEL CONSEJO CANTONAL DE SALUD LORETO.

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL SISTEMA DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS DESDE LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN AL CENTRO DE SALUD LORETO Y HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA.

PRIMERA.- Comparecientes;

En la ciudad de Loreto, a los 23 días del mes de abril de 2007, comparecen a la suscripción del presente convenio, por una parte, el Gobierno Municipal de Loreto (GML), legalmente representado por el Sr. Fernando Andrade Alcalde del GML, y por otro, legalmente representado por el Dr. Alfredo Amores Jefe de Área No.3 Loreto, Sr. Alberto Noa Urupari Representante del Consejo Cantonal de Salud, Dra. Leiter Chamba Directora del Hospital Francisco de Orellana, Dra. Rosa Japón, directora provincial de salud de Orellana la Presidenta del Comité de Usuarias y los Señores. Presidentes de las Juntas Parroquiales de San José de Daguano, Loreto, Huaticocha, Puerto Murialdo, San José de Payamino, Ávila Huiruno, que en forma libre y voluntaria convienen en celebrar el presente convenio al tenor de lo estipulado en las siguientes cláusulas:

SEGUNDA.- Antecedentes:

1.- El artículo 42. De la Constitución Política de la República garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, y la posibilidad de acceso ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, gratuidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

2.- El artículo 2. De la Ley Reformatoria de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, tiene como una de sus finalidades con el financiamiento de los gastos por medicinas e insumos, micros nutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de mujeres embarazadas, recién nacidos/as, y niños y niñas menores de 5 años.

3.- El Artículo 3. De los Municipios y Comité de Gestión, a cada municipio le corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia, la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

TERCERA.- Objeto del Convenio.-

Por la presente se establece las atribuciones, obligaciones y responsabilidades de las partes, con la finalidad de garantizar la atención integral de salud de las mujeres, de las embarazadas, antes, durante y después del parto y de los niños y niñas menores de 5 años, como de implementar un Sistema de Transporte de Emergencias Médicas desde las comunidades rurales hacia el Centro de Salud de Loreto y al el Hospital Francisco de Orellana.

CUARTA: Compromisos.-

El Gobierno Municipal de Loreto, a través del Concejo Cantonal de Salud de Loreto, se compromete a:

- a) Cumplir con el reconocimiento económico a aquella persona que realice el transporte de emergencias desde las comunidades hacia las Unidades de Salud del cantón Loreto, y a hospitales de mayor complejidad previa justificación con las hojas de referencia emitidas por una de las personas sanitarias comunitarias (médico, enfermera, auxiliar, promotor de salud y/o partera), hoja de contrarreferencia emitido por los médicos de la unidad asistencial que recibe al paciente, factura del dueño del carro que realice el traslado del paciente, boletos, recibos o nota de liquidación del Comité de Usuarías.
- b) La Municipalidad se compromete a trasladar las emergencias por vía fluvial en las zonas no carrozables, reconociendo el costo del combustible de la canoa que poseen las juntas parroquiales y en el caso de ser una canoa particular reconocerá el alquiler de la misma.
- c) Destinar fondos al Consejo Cantonal de salud para el funcionamiento de la ambulancia, la misma que trasladara las emergencias que contempla la LMGAI, de las comunidades con vías en buen estado, al Centro de Salud Loreto y en caso necesario hacia el Hospital Francisco de Orellana y en complicaciones mas delicadas hacia los Hospitales de tercer nivel de Quito.
- d) Aportar fondos para la respectiva difusión del Sistema de transporte de Emergencia.
- e) Que el Consejo cantonal maneje una cuenta especifica para transporte de Emergencia según los literales a, b, c, d en donde los dineros destinados a este sistema sean supervisados por comité de usuarias.
- f) Evaluar y Monitorear el buen desarrollo de este sistema.
- g) Otorgar el financiamiento para la adquisición de equipos de comunicación (sistema de radio comunicaciones). Como mecanismo para fortalecer la comunicación entre las comunidades y los servicios de salud.
- h) Receptar semestralmente los informes emitidos por el responsable desde la comunidad, la organización que este a cargo de este sistema.
- i) Vigilar que se de fiel cumplimiento de este sistema de transporte, al igual que el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia dentro del Área No.3 Loreto
- j) Realizar los desembolsos en la cuenta de ahorros del Sistema de Transporte de Emergencias como las necesidades lo requieran, previa la presentación del informe económico de los responsables.
- k) Cumplir todas las instancias que le comprometen del reglamento interno de transporte de emergencia del cantón Loreto

El Ministerio de Salud Pública, a través del Área N°3 el Hospital Francisco de Orellana y la Dirección Provincial de Salud de Orellana se comprometen a:

- a) Atender de forma oportuna, urgente, con calidad y calidez las emergencias que llegan de los sectores rurales y urbanos del Cantón Loreto, en razón a su capacidad y nivel de resolución.
- b) Extender el formulario 008 de emergencias y 006 de Contrarreferencia al paciente, para que dicha persona pueda recuperar o cancelar sus servicios de transporte.
- c) Capacitar a todo el personal en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- d) Vigilar el Cumplimiento del Sistema de Transferencia.

- e) Cumplir todas las instancias que le comprometen del reglamento interno de transporte de emergencia del cantón Loreto

Las Juntas Parroquiales de San José de Daguano, Loreto, Huaticocha, Puerto Murialdo, San José de Payamino, Ávila Huiruno a través de los comités de salud, se comprometen a:

- a) Hacer cumplir a los propietarios de los vehículos con el transporte de una emergencia médica.
- b) Coordinar con el equipo sanitario local, la buena marcha de este sistema de transporte.
- c) Entregar al CCSL un informe semestral sobre el funcionamiento de éste sistema de transporte.
- d) Realizar reuniones trimestrales con actores parroquiales para realizar la evaluación y modificación de este sistema, si el caso lo amerita.
- e) Cumplir todas las instancias que le comprometen del reglamento interno de transporte de emergencia del cantón Loreto

El Comité de Usuarías, se compromete a:

- a) Atender a los beneficiados del transporte de emergencia con calidez en una forma eficaz y oportuna.
- b) Presentar semestralmente los informes con los respectivos justificativos de los avances del sistema de transporte de emergencia.
- c) Vigilar que se de fiel cumplimiento de este sistema de transporte, al igual que el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia dentro del Área No.3 Loreto.
- d) Difundir el Sistema de Transporte de Emergencia en las comunidades y barrios del Cantón Loreto.
- e) Receptar y dar seguimiento a las denuncias presentadas por escrito que se generen del sistema de transporte de emergencia.
- f) Monitorear el buen desarrollo de este sistema en el Área N° 3, y poner en conocimiento de las entidades a cargo del sistema de transporte de emergencia.

QUINTA.- Obligación;

El Gobierno Municipal de Loreto a través del Concejo Cantonal de Salud se obliga a reconocer las emergencias que se presentan en mujeres en periodo de edad fértil y niños/as menores de 5 años, correspondientes a:

1.EMBARAZO.- Sangrado vaginal en el embarazo, hinchazón de pies durante el embarazo, ataques durante el embarazo (convulsiones) o pérdida de conciencia, fiebre alta que no ceda al tratamiento, dolor de cabeza intenso y visión borrosa, vómito, diarrea y fiebre que no cede al tratamiento, mordedura de serpiente y de otros animales, dolor intenso del vientre, mal de orina que no cede al tratamiento, mamá que no siente el movimiento del niño durante un día a partir del quinto mes de embarazo, salida de agua de fuente por mas de 6 horas y sin dolor de parto o salida de líquido verdoso o negruzco y de mal olor.

2. DURANTE EL PARTO.- Niño en posición de nalga mas dolor de parto, salida primero de manos, nalga, pies o cordón umbilical, barriga deforme durante el inicio del parto, sangrado vaginal abundante durante el parto, si la placenta no sale en 30 minutos después de la salida del niño, si los dolores de parto se prolongan.

3. POST PARTO.- Sangrado permanente, continuo y con dolor, fiebre, escalofrío, dolor en el vientre, palidez intensa, desmayos.

4. PATOLOGÍAS PEDIÁTRICAS 0-5 AÑOS.- Inconciencia o semiinconciencia del niño, fiebre mas convulsiones, vomita todo lo que toma y come, no bebe y no come, huesos rotos, mordedura de serpiente, envenenamiento, ahogamiento (dificultad respiratoria severa,), desnutrición severa y palidez severa, irritabilidad (llanto permanente por varios días), hinchazón de barriga mas dolor intenso que no ha cedido al tratamiento.

5. EMERGENCIAS EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN.- La Junta Parroquial a través del manejo de un fondo común, reconocerán las siguientes patologías: convulsión, perdida de conocimiento, quemaduras graves, intoxicación, envenenamiento por insecticidas, mordedura de serpiente, accidente por machete, .motosierras, arma de fuego, cefalea intensa permanente, visión borrosa, dolor intenso de pecho, sudoración y ahogamiento.

Para la cancelación de mencionadas emergencias el usuario o beneficiario, deberá presentar los formularios de referencia entregada por el personal sanitario local, y la hoja de contrarreferencia entregado por el personal sanitario de las unidades de salud u hospitales, más el recibo de transporte del dueño del carro o nota de liquidación del Comité de Usuarias

SEXTA; Financiamiento.-

Este aporte se realizará con cargo a la partida presupuestaria 6.980.0000.12.57.02.99.02 aporte al Consejo Cantonal 2007.

SEPTIMA; Garantía.-

No se establece garantías de ninguna clase en razón de que el sistema de transporte de emergencias será monitoreado y avaluado por las partes que suscriben este convenio.

OCTAVA; Vigencia, Plazo, Modificaciones.-

El presente convenio entrará en vigencia desde la fecha de suscripción y su plazo es de 10 años renovables. Las partes acuerdan que en cualquier tiempo y de común acuerdo, este instrumento jurídico podrá modificarse en su contenido, para la cual se procederá por escrito y se contará con los informes técnicos, económicos, que sean del caso que justifiquen plenamente las modificaciones planteadas.

NOVENA; Terminación Unilateral del Convenio.-

Cualquiera de las partes podrá dar por terminado en forma anticipada el presente convenio antes de que termine el plazo estipulado en la cláusula sexta de este

instrumento legal, por así convenir a sus intereses o en el caso de surgir incumplimiento de las cláusulas del presente, siempre y cuando no se llegare a superar las causas que motivaron el incumplimiento, para lo cual en forma unilateral podrán dar por terminado en cualquier tiempo comunicando por escrito sobre el particular a la otra con treinta días de anticipación, renunciando al derecho de reclamo ante cualquier organismo competente.

DECIMA; Domicilio y Controversias.-

Para los efectos que se derivaren del presente convenio, las partes fijan como su domicilio, la ciudad de Loreto.

En caso de controversia, las partes trataran de resolverlo de mutuo acuerdo en un plazo máximo de 15 días, caso contrario ante los jueces de Mediación y Arbitraje que de común acuerdo elijan, a los jueces competentes de la jurisdicción de Orellana y ante el Tribunal de lo Contencioso y Administrativo.

DECIMA PRIMERA; Suscripción.-

Como constancia de aceptación expresa de lo que antecede, las partes suscriben este convenio libre y voluntariamente, en un ejemplar, en la ciudad de Loreto, el jueves 23 de Abril de 2007.

Fernando Andrade Guerra
**ALCALDE DEL GOBIERNO
MUNICIPAL DE LORETO**

Dra. Rosa Japón
**DIRECTOR PROVINCIAL DE
SALUD DE ORELLANA**

Dr. Alfredo Amores
DIRECTOR DEL AREA N°3 LORETO

Dra. Leiter Chamba
**DIRECTOR DEL HFO Y
JEFATURA DE ARÉA**

Dr. Enrique Vega
**PROCURADOR SÍNDICO
DEL GML**

Sr. Alberto Noa
**CONCEJO
CANTONAL LORETO**

Presidentes de
JJPP DEL CANTÓN LORETO

ANEXO 4. SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMEU	Aspiración Manual Endouterina
APS	Atención Primaria en Salud
CAI	Comité de Apoyo Interinstitucional
CCS	Consejo Cantonal de Salud
CEDAW	Convención de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Hacia la Mujer
CEPAM	Centro Ecuatoriano de Promoción y Acción de la Mujer
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIJM	Centro de Información Juvenil Marañón
COE	Centro de Cuidados Obstétricos Esenciales
CONE	Cuidados Obstétricos de Emergencia y Neonatal
CONAMU	Consejo Nacional de las Mujeres
CONASA	Comisión Nacional de Salud
CPJ	Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género de Ecuador.
CUS	Comités de Usuarias
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DDHH	Derechos Humanos
DIPEIBO	Dirección Provincial de Educación Intercultural Bilingüe Orellana.
DOC	Detección Oportuna del Cáncer
DPSO	Dirección Provincial de Salud de Orellana
EBAS	Equipos Básicos de Salud.
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FCI	Family Care International
FCUNAE	Federación de Comunidades Unidas de la Amazonía Ecuatoriana
FUSA	Fundación de Salud Amazónica
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
GMO	Gobierno Municipal de Orellana
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IEC	Información, educación y comunicación
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LMGAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
LIEB	

LIEA

MCC	
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MSP	Ministerio de Salud Pública

NIC

OCKIL	Organización de Comunidades Kichwas de Loreto
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSLAN	Organización de diversidad sexual.
PAE	Píldora de anticoncepción de emergencia
PF	Planificación Familiar
PLANESA	Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONESA	Programa Nacional de Educación Sexual para Adolescentes
PVVS	Personas que viven con VIH
QAP	Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SERPAJ-E	Servicio Paz y Justicia Ecuador
SIJOVEN	Sistema Nacional de Indicadores Juventud
SNEM	Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria
SSR	Salud sexual y reproductiva
UEDO	Unidad Educativa a Distancia de Orellana
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
VBG	Violencia Basada en Género