

POLÍTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ECUADOR Y CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

ESPACIO ABIERTO

SILVIA LORENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ - lorenacastellanos10@hotmail.com
Asociación Latinoamericana para el Desarrollo Alternativo (ALDEA), Ecuador
MARTÍN CARVAJAL CASTELLANOS - martincarvajalcastellanos@gmail.com
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s16668979/edkr921>

FECHA DE RECEPCIÓN: 26-3-2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 8-3-2024

Resumen

En el presente artículo se realiza un análisis de las políticas sobre salud sexual y reproductiva en Ecuador y su relación con la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Para tal efecto, se considera en primer lugar a la sexualidad como una construcción histórica y social, además como un dispositivo moderno de clasificación, jerarquización, normalización y control de los cuerpos. A continuación, se realiza un panorama histórico de las discusiones en torno a la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador con el propósito de entender la forma en la que la temática de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad entra en la agenda pública. Finalmente se analiza el “*Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, concluyéndose que éste dista de plantear un enfoque integral, pues construye una sexualidad de las personas con discapacidad intelectual como un espacio para el control y regulación social.

Palabras clave: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, dispositivo de saber-poder, políticas sobre salud sexual y reproductiva, personas con discapacidad intelectual

105

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH POLICIES IN ECUADOR AND THE CONSTRUCTION OF THE SEXUALITY OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstract

This article analyzes sexual and reproductive health policies in the intellectual sphere. To this end, sexuality is first considered as a historical and social construction, as well as a modern device of classification, hierarchization, normalization and control of bodies. Next, a historical overview of the discussions on sexuality and sexual and reproductive rights in Ecuador is made in order to understand the way in which the issue of sexual and reproductive health of persons with disabilities enters the public agenda. Finally, an analysis of the "*Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*" is conducted, concluding that it falls short of proposing a comprehensive approach, as it constructs the sexuality of people with intellectual disabilities as a space for social control and regulation.

Keywords: Sexuality, sexual and reproductive rights, dispositive of knowledge-power, sexual and reproductive health policies, persons with intellectual disabilities

1. Introducción

La teoría constructivista o de la construcción social plantea que la sexualidad no existe en forma aislada, existe en relaciones que siempre son relaciones de poder, articuladas con otros ejes de opresión -como clase, género, etnia-raza, nacionalidad, funcionalidad, etc.-. Según esta perspectiva, la sexualidad está moldeada por fuerzas sociales y solo toma forma dentro de los contextos y estructuras sociales.

Es así como la sexualidad se convierte en un escenario en el que se experimentan tensiones y se producen luchas que determinan lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo, normal o anormal, sano o enfermo. Además es un terreno en el que se pugna por controlar las conductas de los individuos, trazar fronteras, establecer límites e imponer un sistema de valores hegemónicos. De esta forma, las conductas sexuales llegan a ser competencia de la ley y la sexualidad un dispositivo de control de los cuerpos y poblaciones.

Al respecto, Jeffrey Weeks (1998, 34) afirma que la reglamentación social, ya sea formal o informal, constituye una de las cinco grandes áreas de la organización de la sexualidad a lo largo de la historia. Las políticas públicas, como expresión concreta de esta reglamentación social formal sobre la sexualidad, actúan como instrumentos del Estado para intervenir en la vida de los individuos y determinar el tipo de sociedad y ciudadanía que se va a construir (Meny y Thoening, 1992, 90; Matajira Vera, 2014, 55). En este contexto, las políticas sobre salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad en Ecuador se convierten en un espacio donde se ejerce y se manifiesta el poder estatal sobre la sexualidad de este colectivo.

Por su parte, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD], adoptada en 2006 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], emerge como un marco normativo crucial que influye en la comprensión y el abordaje de la sexualidad en este grupo poblacional. Al reconocer la interseccionalidad de la discapacidad con otros aspectos de la identidad, desafía las narrativas hegemónicas y promueve la igualdad de derechos y oportunidades para todas las personas, independientemente de su condición.

107

Sin embargo, a pesar de los avances normativos y los principios proclamados en dicha normativa, las políticas públicas en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad han sido históricamente marcadas por la invisibilización, la postergación y el desconocimiento, perpetuando prejuicios y mitos que limitan su pleno ejercicio de derechos en este ámbito.

Por tanto, en el presente estudio nos proponemos explorar la forma en la que las políticas sexuales y reproductivas en Ecuador se entrelazan con la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Nos planteamos entender la forma en la que estas políticas, como expresiones concretas de la reglamentación social formal, moldean y regulan la experiencia sexual de este grupo, influyendo en su autonomía, su acceso a la información y servicios, y en última instancia, en su calidad de vida.

Para tal efecto, se pretende responder a la siguiente pregunta central: ¿En qué forma las políticas sexuales y reproductivas ecuatorianas construyen la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual? Seguidamente, se plantean las siguientes preguntas secundarias: ¿En qué sentido la sexualidad es una construcción histórica y social? ¿Cómo se ha ejercido un poder-saber sobre la sexualidad? Y ¿cómo intervienen las políticas sobre salud sexual y reproductiva ecuatorianas en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad?

Es así como, en el presente artículo se examinan las políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en Ecuador y su impacto en la formación de la sexualidad de individuos con discapacidad intelectual. En primer lugar, se aborda la sexualidad como un concepto construido histórica y socialmente, así como un mecanismo moderno utilizado para categorizar, jerarquizar, normalizar y regular los cuerpos. Se realiza además un análisis histórico de los debates en torno a la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador, con el objetivo de comprender la forma en la que la salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad ha sido incluida en la agenda pública. Por último, se evalúa el "Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad".

2. Metodología

En la presente investigación se realiza un análisis sociológico de la literatura relevante que aborda las políticas ecuatorianas sobre salud sexual y reproductiva y su relación con la construcción de la sexualidad de personas con discapacidad intelectual. Para responder a la pregunta central y las secundarias, se acude a tres entradas teórico-analíticas. La primera entrada analítica son los estudios de la teoría construccionista o de la construcción social de la sexualidad en las investigaciones de Jeffrey Weeks, Carol Vance, Adrienne Rich y Gayle Rubin entre otros/as. La segunda entrada analítica son los aportes de Jeffrey Weeks y Michel Foucault en torno a la sexualidad como un dispositivo de saber-poder, es decir, un conjunto de técnicas y estrategias dirigidas a normalizar el cuerpo de los sujetos y el cuerpo social. La tercera entrada analítica aborda las políticas sobre salud sexual

y reproductiva ecuatorianas con relación a las personas con discapacidad, centrándose en la forma en que estas normativas construyen la sexualidad de dicho colectivo.

3. Marco Teórico

La sexualidad como una construcción histórica y social

El construccionismo social representa un enfoque analítico que ofrece una nueva manera de comprender la realidad, alejándose de los cimientos del conocimiento científico tradicional. Este paradigma epistemológico desafía las bases del positivismo al poner en duda su supuesta objetividad irrefutable. Desde esta perspectiva, se postula que tanto la realidad como el sujeto son construcciones sociales, desmontando la noción de un conocimiento objetivo que se remonta a la tradición racionalista que subyace a las ciencias sociales. Según Pablo López Silva (2013, 13), la idea de un conocimiento objetivo es considerada una mera ilusión:

La realidad y el sujeto son construcciones sociales, y la pretensión del conocimiento objetivo sobre estos es un lastre que proviene de la tradición racionalista que fundó las ciencias sociales. Este supuesto conocimiento objetivo no es, pues, más que una pura ilusión (López Silva, 2013, 13).

La teoría constructivista o de la construcción social empieza a influenciar significativamente a las ciencias sociales a partir de la segunda mitad del siglo XX. Aunque sus raíces se pueden rastrear en pensadores anteriores, como George Herbert Mead y Alfred Schutz, ya en la primera mitad del siglo XX, fue principalmente en las décadas de 1960 y 1970 cuando esta perspectiva ganó prominencia en disciplinas como la sociología, la antropología y la psicología social (Giddens, 1997). Sociólogos como Peter Berger y Thomas Luckmann, con su obra *La construcción social de la realidad*, y Erving Goffman, con su análisis sobre la interacción social y la presentación de la persona en la vida cotidiana, fueron pioneros en la aplicación de los principios constructivistas al estudio de la sociedad y la cultura.

Desde entonces, la teoría constructivista ha seguido evolucionando y ha influido en una amplia gama de campos dentro de las ciencias sociales, contribuyendo a

nuevas perspectivas y enfoques en la comprensión de la realidad social, entre ellas, la sexualidad. Es así como se articula la teoría de la construcción social de la sexualidad como una propuesta teórica a través de la cual se considera a la sexualidad como una construcción histórica, social y cultural que tiene lugar en medio de relaciones de dominación/subordinación y estructuras de etnia-raza, clase y género.

La teoría de la construcción social afirma que la sexualidad está determinada por fuerzas sociales, que solo existe en sus formas sociales y en su organización social. La biología no se descarta, ya que provee las condiciones para la sexualidad, pero no la define, ni es la base o causa de la vida sexual. No existe lo sexual y lo social por separado.

La sexualidad está configurada por fuerzas sociales. Y lejos de ser el elemento más natural en la vida social, el que más se resiste a la modelación cultural, es tal vez uno de los más susceptibles a la organización. De hecho, yo diría incluso que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social. Además, las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra (Weeks, 1998, 29).

110

La teoría de la construcción social de la sexualidad reconoce la variabilidad de las prácticas y significados de los actos sexuales. Se rechazan las definiciones transhistóricas y transculturales, pues, aunque la experiencia sexual sea personal, su estudio debe contextualizarse en un entorno histórico, cultural y social específico. “Los actos sexuales fisiológicamente idénticos pueden tener significación social y significado subjetivo variable, dependiendo de cómo sean definidos y entendidos en períodos históricos y culturas diferentes” (Vance, 1997, 110).

La teoría de la construcción social de la sexualidad sostiene que no solo la sexualidad se construye sobre la base de las "diferencias sexuales", sino que estas diferencias mismas están sujetas a construcción. Al respecto, Anne Fausto Sterling (2006, 38) cuestiona el argumento que sitúa al sexo como base material natural fija sobre la cual se construye el género. Sugiere que son más bien las concepciones

con respecto a las construcciones sociales sobre el ser mujer o el ser hombre, es decir el género, las que influyen en nuestra comprensión del cuerpo, su construcción y las diferencias sexuales. De acuerdo al autor, “hablar de sexualidad humana requiere una noción de lo material, pero la idea de lo material nos llega ya teñida de ideas preexistentes sobre las diferencias sexuales” (Sterling, 2006, 39). Desde esta perspectiva, lo que socialmente se entiende como masculino o femenino es lo que nos ayuda a la comprensión del cuerpo y de la diferencia sexual. Así, el concepto del género influye la comprensión del cuerpo, de las diferencias y diversidades sexuales, de las vivencias personales y de la identidad sexual.

En tal sentido, ya no solo el género, sino también los cuerpos, el sexo y el deseo son producto de las construcciones sociales, las cuales también se van transformando a lo largo de la historia y de las transformaciones socioeconómicas.

La teoría de la construcción social de la sexualidad cuestiona además, la supuesta naturaleza innata e inmutable de las identidades, categorías, prácticas y orientaciones sexuales. Esta perspectiva desafía la idea de que las identidades se forman exclusivamente a partir de prácticas y preferencias sexuales. Un ejemplo destacado es la categoría de homosexualidad y el término "homosexual", que emergieron hacia finales del siglo XIX para describir a personas que mantenían relaciones eróticas con individuos de su mismo sexo. Esta concepción resalta cómo las categorías sexuales son el resultado de procesos históricos y sociales, y no simplemente características inherentes o biológicas.

La teoría de la construcción de la sexualidad va más allá de la constitución de una identidad a partir de una práctica o preferencia sexual. Entiende a la identidad no como algo esencial a la naturaleza, sino como algo estratégico y posicional. No considera a las identidades como esencia, sino como construcciones discursivas y prácticas que van produciendo y construyendo sujetos particulares o una colectividad. Argumenta que las identidades se construyen dentro del discurso y no fuera de él, por lo tanto, se debe considerar como producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos, en el interior de formaciones y prácticas

discursivas específicas y mediante estrategias enunciativas específicas (Hall, 2002, 18).

Por último, la teoría de la construcción de la sexualidad reconoce que la sexualidad está marcada por relaciones de poder y que en su construcción intervienen fuerzas económicas, políticas, culturales y sociales. Intervienen además instituciones privadas como el matrimonio, la familia, la iglesia, el Estado y más (Weeks, 1998, 30).

La sexualidad como un ámbito de ejercicio de poder

En la modernidad, la sexualidad ha sido conceptualizada como un ámbito destinado a la administración, dirección, orden y control, todo ello con el objetivo de promover el "bien común" y mejorar la convivencia y la organización social. Nancy Fischer (2007, 41) argumenta que los discursos morales han configurado la sexualidad como un terreno peligroso, sujeto a control. Este enfoque se fundamenta en la noción de "bienestar colectivo y moral social", justificando así la regulación de conductas sexuales y promoviendo un consenso social desde el cual se legitiman o condenan ciertas prácticas e identidades sexuales. Esta legitimación social, derivada del consenso, determina cuáles identidades, sujetos, prácticas y expresiones sexuales son toleradas por la sociedad y cuáles son rechazadas.

Por otro lado, Foucault (2007, 51) examina la intersección entre el saber, el poder y la sexualidad, desafiando la idea que afirmaba que desde el siglo XVII se había instaurado un régimen represivo que consideraba al sexo únicamente como un impulso natural a ser silenciado, controlado, reprimido o canalizado adecuadamente. Cuestiona la existencia de un régimen basado únicamente en una visión jurídica del poder, que careciera de eficacia productiva y que persiguiera simplemente la obediencia, argumentando lo siguiente:

Primero porque se trataría de un poder pobre en recursos, muy ahorrativo en sus procedimientos, monótono en sus tácticas, incapaz de invención y condenado a repetirse siempre. Luego, porque sería un poder que sólo tendría la fuerza del "no"; incapaz de producir nada, apto únicamente para trazar límites, sería en esencia una antienergía; en ello consistiría la paradoja de su eficacia; no poder

nada, salvo lograr que su sometido nada pueda tampoco, excepto lo que se le deja hacer. Finalmente, porque se trataría de un poder cuyo modelo sería esencialmente jurídico, centrado en el solo enunciado de la ley y el solo funcionamiento de lo prohibido. Todos los modos de dominación, de sumisión, de sujeción se reducirían en suma al efecto de obediencia (Foucault, 2007, 51).

Al contrario de esto, el autor afirma que el poder que se ha ejercido y se ejerce sobre la sexualidad no es represivo, sino productivo, disperso y contradictorio. Produce verdades y saberes que dan sentido a la actividad corporal, definen lo que es normal/anormal, permitido/prohibido, sano/ patológico. Además, clasifica y categoriza a los individuos sobre la base de sus actividades y preferencias sexuales. La eficacia táctica de esta forma de ejercicio de poder se evidencia en que cumple con su intención de producir la sexualidad:

En realidad, se trata más bien de la producción misma de la sexualidad, a la que no hay que concebir como una especie dada de naturaleza que el poder intentaría reducir, o como un dominio oscuro que el saber intentaría, poco a poco, descubrir. Es el nombre que se puede dar a un dispositivo histórico: no una realidad por debajo en la que se ejercerían difíciles apresamientos, sino una gran red superficial donde la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos, el refuerzo de los controles y las resistencias se encadenan unos con otros según grandes estrategias de saber y de poder (Foucault, 2007, 129).

Foucault entiende a la sexualidad como un dispositivo histórico de clasificación, jerarquización, normalización y control de los cuerpos. Dispositivo en el sentido de conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados (Foucault, 1993, 75). Alrededor de este dispositivo se construyen saberes y conocimientos, que luego permiten controlar y regular los cuerpos. No es represión, sino gestión de la forma cómo los individuos y las poblaciones usan o controlan sus propios cuerpos. Pero, la sexualidad no solamente es considerada como un dispositivo histórico de control y normalización de los cuerpos, sino un dispositivo que construye y constituye a los cuerpos mismos con el propósito de controlar a los individuos y a la población en

su totalidad. En este dispositivo hay una relación entre construcción de conocimiento y ejercicio de poder, funciona a través de las estrategias del saber-poder.

Al ser un dispositivo de saber-poder, los discursos que se tejen a su alrededor y el cúmulo de saberes que ordenan, clasifican y caracterizan a la sexualidad, definen una vivencia sana, correcta y normal. De acuerdo a Foucault, esta nueva tecnología ubicó a la sexualidad como una preocupación estatal.

Por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, se hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse (Foucault, 2007, 142).

Así la sexualidad se construye como objeto de poder gracias a los discursos y saberes que la ubican como escenario fundamental para el control social.

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

De acuerdo a la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad [CONADIS], adoptada en 2006 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], suscrita por el Ecuador el 30 de marzo de 2007 y ratificada en el 2008 (CONADIS, 2018, 22), las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad y capacidad jurídica en igualdad de condiciones que cualquier ciudadano, en todos los aspectos de la vida. Por su parte, la Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (Organización Mundial de la Salud [OMS]/ Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004, declaración 5), afirma que las personas con discapacidad intelectual son ciudadanos plenos, iguales ante la ley y habilitados para ejercer sus derechos en virtud del respeto a sus diferencias y a sus elecciones individuales. Esta igualdad legal establecida en dichas normativas faculta a las personas con discapacidad intelectual a gozar de todos los derechos que confiere la ciudadanía, establecidos en la Constitución del Ecuador y en los instrumentos internacionales.

En el Ecuador, los derechos de las personas con discapacidad están consagrados en el artículo 35 de la Constitución de 2008, al ser reconocidos como un grupo de atención prioritaria. Además, en el artículo 48.7 del mismo cuerpo legal se asegura que el Estado adoptará en favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren la garantía del pleno ejercicio de sus derechos.

En armonía con dicha declaración, la Ley orgánica de Discapacidades de 2012, en su artículo 4.5, afirma que “todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida, sin discriminación alguna”.

Dentro de los derechos que la normativa constitucional confiere a los ciudadanos ecuatorianos con discapacidad y en virtud de su capacidad jurídica, se encuentra el tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, orientación sexual, salud sexual y vida reproductiva (Constitución de la República del Ecuador, 2008, artículo 66 numeral 9-10).

De esta forma la Constitución del Ecuador ratifica el derecho de las personas con discapacidad intelectual a la autodeterminación en aspectos sobre su sexualidad, es decir el derecho a hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias sobre su vida sexual. La Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual refuerza ese derecho y es taxativa al afirmar que la discapacidad intelectual no debe ser una justificación para abrogarlo:

Bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidades intelectuales serán consideradas totalmente incompetentes para tomar decisiones en razón de su discapacidad. Solamente bajo circunstancias extraordinarias, el derecho de las personas con discapacidades intelectuales a tomar sus propias decisiones puede ser legalmente interrumpido. Tal suspensión debe ser limitada en el tiempo, sujeta a revisiones periódicas y aplicada únicamente a las decisiones específicas para las cuales una autoridad competente e independiente haya determinado la falta de aptitud (OMS/OPS, 2004, declaración 6.b).

Con el propósito de reforzar el derecho de las personas con discapacidad intelectual para hacer elecciones, tomar decisiones, expresar y hacer valer su

voluntad, la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD /ONU, 2006, artículo 12.3), insta a los Estados a adoptar medidas pertinentes que proporcionen acceso a las personas con discapacidad y apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica. Así una curaduría o interdicción sólo puede ser solicitada cuando la persona con discapacidad no pueda manifestar su voluntad propia, a pesar que el Estado le haya proporcionado toda la ayuda posible.

A pesar de las normativas legales, en la práctica se observan dificultades de las personas con discapacidad intelectual para hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias sobre su propia sexualidad. Ellas siguen conformando un subgrupo de la población a la que tradicionalmente se le ha negado la posibilidad de desarrollar las herramientas y adquirir la experiencia necesaria para construir relaciones y una vida sexual satisfactorias (Gil-Llario, et al., 2018, 72; Swango-Wilson 2009, 223).

Dentro de las dificultades identificadas para el desarrollo de una vida sexual satisfactoria, se encuentra en primer lugar una deficiente socialización sexual. Esta deficiente socialización sexual es producida por varios factores, uno de los cuáles es lo que Gayle Rubin (1989) denomina como el axioma de la negatividad sexual. De acuerdo con este axioma se considera al sexo desde la perspectiva del riesgo, es decir como algo peligroso, destructivo y como una fuerza negativa. Debido a que la sexualidad está marcada por una valoración negativa y no como una dimensión a cultivar, las personas con discapacidad intelectual deben ser protegidas de ella y restringidas de todo lo que esté relacionado o tenga contenido sexual.

La deficiente socialización sexual se debe también a la existencia de una serie de mitos, estereotipos y creencias falsas en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Estos mitos y estereotipos, a pesar de carecer de evidencia científica, han fomentado actitudes negativas hacia este grupo social, además han limitado su derecho a lograr una expresión libre y adecuada de su sexualidad.

La comprensión de su discapacidad como una limitación intelectual, que genera los cambios en el desarrollo de la madurez emocional y social, mantiene ante los

demás al individuo con discapacidad intelectual en un status infantil. Son vistos por la mayoría de la gente como asexuados y por otros como sexualmente primitivos, salvajes e incompletos cuya satisfacción emocional y sexual debe ser negada (Franco, Cardoso, Neto, 2012, 262).

La infantilización de las personas con discapacidad intelectual se evidencia en la concepción que algunos padres tienen de sus hijos como "ángeles", "ingenuos", en sí mismos asexuados, aunque profundamente afectivos y, por lo tanto, susceptibles de ser pervertidos por el "salvajismo" de los no discapacitados (Amaral, 1995, 78). Desde esta perspectiva se considera negativa la educación sexual para las personas con discapacidad intelectual, porque "despierta el interés en temas relativos con su sexualidad". Esta situación deriva en que la vigilancia se haga necesaria y legítima.

La infantilización de las personas con discapacidad intelectual desemboca en la idea de la negación de su sexualidad sobre la base errada también, que los niños carecen de ella. Se considera entonces que las personas con discapacidad intelectual son asexuadas, sin deseos o necesidades sexuales e incapaces de tomar decisiones apropiadas sobre su sexualidad por lo que necesitan apoyo, protección o supervisión. Al ser considerados "niños eternos" no se les da oportunidad de decidir.

Otro mito en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual que ha fomentado actitudes negativas y limitado su derecho a lograr una expresión libre y adecuada de su sexualidad, es el mito sobre su hipersexualidad. La falta de conocimiento y contacto con personas con discapacidad intelectual lleva a muchas personas a considerarlas como sexualmente desviadas (Toomey, 1993, citado en Aunos & Feldman, 2002, 286). Por ejemplo, Amaral (1994) menciona que educadores de personas con discapacidad intelectual consideraban salvaje e incompleta la sexualidad de éstos.

O sea, la sexualidad era representada como "salvaje" e "incompleta" en la medida en que se señalaron prácticas masturbadoras individuales y colectivas, prácticas exhibicionistas y voyeristas, conductas agresivas (¿sado-masoquistas?) y prácticas homosexuales (Amaral, 1994, 78).

Es indudable que este “etiquetamiento” está directamente relacionado con concepciones conservadoras en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Se refleja lo que Rubin (1989) denomina como ausencia de un concepto de variedad sexual benigna, que implica que existe una forma ideal o superior de practicar la sexualidad a la que todos los seres humanos deben adaptarse. Las diversidades son consideradas como algo perverso o patológico y no como una riqueza válida para las relaciones humanas. Lo alejado de la norma es visto como desviado y peligroso.

Otra de las dificultades con las que se confrontan las personas con discapacidad intelectual en el ejercicio de su sexualidad es el restringido acceso a la construcción de la propia intimidad (Del Valle, et al., 2006, 40). La constante presencia de cuidadores formales e informales, remunerados o no, representan una dificultad para las personas con discapacidad intelectual para desarrollar su intimidad, descubrir su cuerpo o socializar. Tal parecería que no tienen un tiempo ni un lugar privado, ya que siempre hay alguien cuidando, controlando o vigilando. Los cuidadores funcionan como “mediadores”, filtros o barreras de protección para las personas con discapacidad intelectual. La evidencia de la literatura sugiere fuertemente que los valores, actitudes y acciones de estos “mediadores” son conservadoras y adversas al riesgo, lo que lleva a enfoques restrictivos que limitan el acceso a la información, educación y oportunidades para desarrollar su propia identidad social y sexual (Frawley y Wilson, 2016, 470).

La prohibición a las personas con discapacidad a hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias en torno a su vida sexual es una violación a sus derechos como ciudadanos plenos y una barrera para la satisfacción de sus necesidades básicas, su crecimiento y desarrollo integral. Incrementa además su vulnerabilidad a enfermedades de transmisión sexual, embarazos prematuros, violencia y explotación sexual como se verá en el siguiente apartado.

4. Enfoques de las políticas sobre salud sexual y reproductiva en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

En el apartado anterior se abordó a la sexualidad como una construcción histórica y social, con especial énfasis en la sexualidad de las personas con discapacidad. Como se dijo anteriormente, este aspecto subraya cómo las percepciones y normas sobre la sexualidad han evolucionado a lo largo del tiempo y cómo están arraigadas en las estructuras sociales y culturales. Esto incluye la forma en que la sociedad clasifica, jerarquiza y normaliza ciertos comportamientos sexuales, especialmente en el caso de grupos en situación de marginación como las personas con discapacidad.

En el presente apartado se brinda un panorama histórico de las discusiones sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en Ecuador, investigando la forma en la que se han desarrollado las discusiones de política pública relacionadas con la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador. Esto proporciona un contexto crucial para comprender cómo la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad ha sido abordada o marginada en la agenda pública y política.

Por su lado, el análisis del “Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad”, permite evaluar si se evidencia una comprensión integral de la sexualidad de las personas con discapacidad, o si, por el contrario, contribuye a su control y regulación social, como se mencionó anteriormente. Estos tres temas se entrelazan para proporcionar una comprensión holística de la forma en la que se aborda la sexualidad y la salud reproductiva de las personas con discapacidad en Ecuador, desde su construcción social e histórica hasta su incorporación en políticas y prácticas concretas, como se refleja en el mencionado manual de atención integral.

Es así que, para una mejor comprensión de los diferentes enfoques de las Políticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador y la forma en la que inciden en la construcción de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual se ha dividido el presente apartado en antes y después de la elaboración del Manual de

Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad, elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2017.

Políticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual antes del Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad

La historia oficial de las discusiones en torno a la sexualidad en el Ecuador surge de la mano de la creación de instituciones privadas de planificación familiar como la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) en 1965, el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) en 1974 y el Centro de Promoción de la Paternidad Responsable (CEPAR), en 1978. “Estas instituciones construyeron un diálogo permanente con el Estado y sus instituciones, que, en íntima relación con el discurso médico, fue concretando ideas sobre la sexualidad” (Agudelo-Echeverri, 2017, 4).

La planificación familiar considerada como una tecnología de poder en la que el interés del biopoder transita de la biología del cuerpo a procesos biológicos que atraviesan a las poblaciones, surge en América Latina en el contexto de la “explosión demográfica” de la post guerra. De acuerdo a Melo (2011, 28) “la planificación familiar representa el surgimiento de la inteligibilidad numérica como un dispositivo fundamental de poder”. Es una forma de gubernamentalidad en el período liberal en la que las tecnologías de saber-poder se conjugan con las tecnologías del yo (Foucault, 2008, 49). Gubernamentalidad en el sentido de las deliberaciones, las estrategias, las tácticas y los dispositivos utilizados por las autoridades para crear y actuar sobre una población y sus componentes de modo de asegurar su bien y evitar su mal (Rose, 2007, 113).

La introducción de esta tecnología clave de la gubernamentalidad liberal no sólo implicaba una transformación en los modos de sujeción a nivel estatal, con un saber demográfico que se convierte en razón y tecnología del ejercicio del poder político, sino que instalaba la “obligación del cálculo” como parte de la producción del gobierno de la libertad a través del principio de autoconducción (*Self-Steering*) de los sujetos y las familias (Melo, 2011, 28).

A pesar que, inicialmente el Estado ecuatoriano tuvo una política de Laissez-Faire en torno a la planificación familiar, luego de su participación en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en Bucarest (1974) y la firma del Plan de Acción Mundial, el país se comprometió y avaló la legitimidad de la planificación familiar como un derecho del ciudadano y la dinámica de la población como una variable más en los planes de desarrollo (Marangoni, 2003, 20-25). Así, el discurso de la planificación familiar se convirtió en una forma de administración de la población ecuatoriana y ejercicio del biopoder.

En 1998 se expide en el país la “Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor”. Esta ley, llamada también “Ley No. 73”, se estableció como un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados de nivel pre-primario, primario, secundario y técnico en su artículo 1. En sus considerandos, la Ley No. 73 cita al artículo 22 de la Constitución vigente (1979), que se refiere al deber de proteger a la familia como célula fundamental de la sociedad, garantizándole las condiciones morales, culturales y económicas que favorezcan la consecución de sus fines, además proteger el matrimonio, la maternidad y el haber familiar. Se observa que la cita de dicho artículo vincula en forma directa o indirecta a la sexualidad con la familia, el matrimonio, la maternidad y el haber familiar.

121

El título de la ley por su lado, sugiere los enfoques sobre los que ésta se articula. Vincular la sexualidad con el amor responde a un enfoque moralista, pues es lo que el Estado promueve como lo deseable, correcto y permitido. En el artículo 2 se observa claramente que dicha ley está estructurada con un enfoque valores y no de derechos sexuales y reproductivos:

La Educación sobre la Sexualidad y el Amor se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad (Congreso Nacional, 1988, art. 1).

Además, esta ley aborda la sexualidad desde un enfoque de riesgo, priorizando la prevención de ITSs y VIH/SIDA.

En el año 2000, el Ministerio de Educación y Cultura emite el Acuerdo No. 910 con el propósito de operativizar la aplicación de la Ley No. 73. Este Acuerdo, en su artículo 1, dispone la elaboración del Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA). En el 2000, el Ministerio de Educación y Cultura promulgó el Acuerdo No. 3152 que crea el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (PRONESA) con la finalidad de llevar a la práctica el PLANESA en las instituciones educativas a nivel nacional (Paz Enríquez, 2018, 61).

Finalmente con el Acuerdo No. 403 (art. 1) el Ministerio de Educación y Cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fiscomisionales y municipales del país, en los niveles de educación básica y bachillerato, para dar cumplimiento a la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, al Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor y al Plan Nacional para la Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo. Se observa que el enfoque de riesgo prevalece en dicho documento, ya que los programas de educación sexual propuestos debían tener un énfasis en la prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual (artículo 6.b).

Otra ley promulgada en este período, pero en este caso desde el ámbito sanitario, fue la Ley Orgánica de Salud, N°67 (LOS). La LOS fue expedida con el propósito de “regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley”. Es importante destacar que dicha ley se rige entre otros, por “el principio de equidad y asume un enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético” (Ley N°67, 2006, artículo 1). La LOS fue expedida en un momento en que el Código de Salud vigente había experimentado múltiples reformas parciales que lo convirtieron en un cuerpo legal disperso y desintegrado. Un momento en el que el Sector Salud se caracterizaba por la fragmentación, centralización y segmentación. Un contexto

caracterizado por los ajustes estructurales impulsados por el neoliberalismo, que agudizaron las inequidades sociales.

La LOS promueve la formulación e implementación de políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permiten la vigencia, respeto y goce de dichos derechos (Ley N°67, 2006, artículo 6.6). Existe en dicha ley, un capítulo completo (capítulo III) referido a los derechos sexuales y reproductivos. Se garantiza en dicha ley, el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural que contribuyan a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad (Ley N°67, 2006, artículo 20). A pesar que la LOS está articulada desde la perspectiva de derechos, existen límites al respecto ya que, “el paradigma de los derechos genera un ideal de sexualidad y de control sobre lo erótico, en base a un modelo sanitario de sexualidad, que encuentra como principal interlocutor al Estado, ente capaz de ejercer el control hacia toda la sociedad” (Quintana, 2008, 14).

123

Esta elaboración en torno a los derechos sexuales y reproductivos de la LOS, evidencia la importancia de la sexualidad en temas de Estado y Nación. Como se dijo anteriormente, la sexualidad es utilizada como un dispositivo moderno de clasificación, jerarquización, normalización y control de los cuerpos. Los discursos en torno a la salud sexual y reproductiva construyen sujetos disciplinados sexualmente que se adecuan al proyecto político y las políticas demográficas nacionales.

Las políticas anteriormente mencionadas tanto en salud como en educación fueron expedidas en el contexto de un modelo de desarrollo neoliberal en el país, favorable a los grandes capitales, al sector exportador, al financiero y bancario (ODNA, 2012). Estas políticas eran de “mínimos”, que en el mejor de los casos garantizaban únicamente la supervivencia (Ramírez, 2010). Dichas políticas, incluían privatizaciones, reducción de protecciones sociales, desregulación financiera y flexibilización laboral, entre otras medidas (Gago, 2015, 21). Este ciclo

de ajustes estructurales colocó a un lado los valores universales y derechos humanos, por lo tanto, al abogar por una defensa del mercado, fragmentaron la sociedad y agudizaron las inequidades sociales (Ramírez, 2010, 129).

Con el triunfo de la Revolución Ciudadana se promulgó una nueva Constitución que se convirtió en la hoja de ruta del cambio del Ecuador hacia el “Buen Vivir”, definiendo al Estado ecuatoriano como un Estado de derechos (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Siendo el Estado ecuatoriano un Estado de derechos, se privilegiaron los derechos humanos por sobre “el derecho”, concebido como conjunto de normas jurídicas.

Es así como se instala en el Ecuador, al menos en teoría, un enfoque más inclusivo e integral de la protección social, centrado en los derechos que confiere la ciudadanía y orientado al bienestar del conjunto de la sociedad. Es un enfoque que Cecchini y Martínez (2011) denominan “protección como garantía de ciudadanía”. Este enfoque busca esquemas de protección social contruidos en base a la noción de derechos económicos, sociales y culturales con un objetivo de universalización sin dejar a un lado los programas de focalización que permiten reducir las brechas de desigualdad y optimizar los recursos, además de considerar unos mínimos sociales como estándares de acceso y calidad (Carranza & Cisneros, 2014, 14).

Dentro de los derechos que el Estado ecuatoriano garantiza se encuentra el derecho de ciudadanos y ciudadanas a tomar “decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su vida y orientación sexual, su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, promoviendo el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, artículo 69.9-10). En este contexto, el Estado ecuatoriano establece en 2011 la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) como una respuesta al incremento del embarazo en adolescentes y mortalidad materna.

La ENIPLA fue una estrategia elaborada y coordinada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y ejecutada por el Ministerio de Salud

Pública, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. La estrategia ENIPLA tuvo como fin el “mejorar la calidad de vida de las ciudadanas y los ciudadanos del país garantizando el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva especialmente de los grupos de atención prioritaria” (MCDS, 2011, 38).

Los resultados no se dejaron esperar, pues antes de la aplicación de la estrategia, los indicadores en salud sexual y reproductiva eran alarmantes en el Ecuador, pues la tasa de fecundidad global era la segunda más alta de la región, la razón de mortalidad materna de acuerdo al MSP era de 56,3 x 100,000 nacidos vivos, el 20.2% de mujeres entre 15 y 19 años reportaba haber estado embarazada y había un incremento del 75% en el número de embarazos en mujeres menores de 15 años (MCDS, 2011, 4). Luego de la aplicación de la estrategia, el Ministerio de Salud en 2014 reporta un record internacional en disminución del embarazo adolescente:

En el periodo 2010-2013 Ecuador logró un récord internacional en disminución del embarazo de adolescentes, en el marco de estrategias intersectoriales de intervención. En personas de 10 a 14 años se redujo en un 10,2%, y en personas de 15 a 19 años de edad se redujo en un 12,9%. Tan solo se acercan a este logro, en el mismo periodo, en el grupo de 15 a 19 años, Honduras (12,2% de reducción) y Estados Unidos (11,7% de reducción) (MSP, 2014).

Lamentablemente la ENIPLA sufrió ataques de sectores conservadores del país y del entonces presidente Rafael Correa, por no estar de acuerdo con los contenidos de la educación sexual que se recibía en las instituciones educativas y por el libre acceso a métodos anticonceptivos en las unidades de la red pública de salud, especialmente la anticoncepción oral de emergencia. Fue así que a partir de noviembre de 2014 mediante Decreto Ejecutivo 491 la ENIPLA fue asumida por la Presidencia de la República que le dio continuidad con el proyecto “Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia” (Plan Familia) priorizado por la SENPLADES mediante dictamen de prioridad de 18 de junio de 2015, cuyo objetivo era “prevenir el embarazo adolescente fortaleciendo el rol protagónico de la familia” (Presidencia de la República, 2015, 7). El Plan Familia fue liderado desde la

Presidencia de la República y tenía como instituciones ejecutoras al Ministerio de Educación y Cultura, al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Inclusión Económica y Social.

La elaboración y posterior implementación del Plan Familia en el Ecuador implicó un retroceso en términos de derechos sexuales y reproductivos, ya que dicha normativa fue estructurada con un enfoque de valores, promoviendo visiones tradicionales de familia, roles tradicionales de género y una práctica de una sexualidad específica, que era la “adecuada” para las autoridades nacionales de ese entonces. Es decir, una sexualidad reservada para el matrimonio, monogámica, heterosexual, orientada a la procreación, al fortalecimiento de la familia y alejada de conductas de riesgo.

En ninguno de los documentos mencionados anteriormente se aborda la sexualidad de las personas con discapacidad, ellas estuvieron ausentes en las políticas públicas en torno a la sexualidad. El ENIPLA mencionó en algunos documentos a las personas con discapacidad, pero no abordó específicamente el trabajo con ellas.

En 2017 el Ministerio de Salud Pública elaboró el “Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017- 2021”, un documento que promueve la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en el marco de la salud sexual reproductiva. En este extenso documento de 228 páginas, se menciona la sexualidad de las personas con discapacidad únicamente en un párrafo. Este silencio revelador en las políticas sexuales y reproductivas ecuatorianas resalta una omisión significativa. De hecho, evidencia la forma en la que la política pública en Ecuador configura a las personas con discapacidad, cualquiera que ésta sea, como seres asexuados.

El Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad (MSP, 2017)

Para posicionar la temática de la Salud Sexual y Reproductiva de personas con discapacidad en la agenda pública, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] juntamente con la Secretaría Técnica de Discapacidades (SETEDIS)

elaboraron en 2011, el documento “Salud Sexual y Reproductiva y Discapacidades” con el siguiente objetivo:

... visibilizar y sensibilizar sobre la situación de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de esta población a través del análisis de la información existente: normativa legal, políticas y programas a nivel regional y nacional con enfoques de derechos, género, interculturalidad e intergeneracional con el fin de posicionar la temática de SSR de las personas viviendo con discapacidad en el contexto de la política pública del país (SETEDIS, 2011, 3).

En 2017, en el contexto del proyecto “Decidimos” del UNFPA, se realizó un estudio global sobre violencia de género, salud y derechos sexuales y reproductivos de jóvenes con discapacidad. Este estudio proporcionó un análisis sobre la situación de jóvenes con discapacidad en relación con la discriminación y la violencia de género, incluido el impacto en su salud y en sus derechos sexuales y reproductivos (UNFPA, 2018).

En el marco de ese estudio global se hizo otro con mayor profundidad en cuatro países, incluso con visita de campo. Esos cuatro países fueron España, Ecuador, Mozambique y Marruecos. Como un parte del proyecto “Decidimos”, el UNFPA-Ecuador recibió un financiamiento que permitió apoyar la elaboración del *Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*. El manual fue elaborado en colaboración con el Ministerio de Salud Pública [MSP], el CONADIS y el Consejo Nacional de Igualdad de Género [CNIG].

Las declaraciones de la Ministra de Salud Pública el día del lanzamiento del *Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*, son bastante reveladoras. En primer lugar, reconoce que la creación de este manual representa "el primer paso hacia la implementación de una política inclusiva en los servicios de salud sexual y reproductiva en el país" (UNFPA, 2017). Asimismo, destaca que la implementación de una política inclusiva de los servicios de salud sexual y reproductiva en el país es un verdadero desafío. Finalmente, invita a unir esfuerzos para que el manual se convierta en una herramienta efectiva para que las personas con discapacidad “no encuentren más barreras en

los servicios de salud y se les garantice el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos” (UNFPA, 2017).

Con dichas declaraciones, la ministra reconoce que, a pesar que la normativa constitucional garantiza todos los derechos de ciudadanía a las personas con discapacidad incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, en la práctica esta situación no es así, pues las personas con discapacidades siguen teniendo barreras en el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, el hecho que el primer documento de política pública que aborda la sexualidad de las personas con discapacidad en forma explícita fuera elaborado por una institución de salud, da cuenta de un fenómeno de “medicalización”, es decir un proceso en el que la medicina comienza a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar y comienza a hacerse cargo de la vida, de la salud, la ecología, la economía y hasta de procesos sociales (Foucault, 1993, 48). Uno de estos ámbitos es el de la sexualidad.

128

Desde comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales, se relacionan con la intervención médica, sin que un médico diga, a menos que sea muy ingenuo, que una anomalía sexual es una enfermedad. La intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la “medicalización” de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad (Foucault, 1993, 49).

Al convertirse la sexualidad en un ámbito de la medicina, no solamente se patologizan las conductas que no se adecuan a los parámetros establecidos como normales y se crean identidades perversas, sino también se higienizan las prácticas sexuales. Surge el discurso de salud sexual y salud reproductiva como prácticas regulatorias y de control de la sexualidad.

Se podría decir que la sexualidad saludable es un nuevo discurso técnico-político, que maneja un tipo de retórica higienista y controlista, en el que la salud reproductiva se entiende como un recurso novedoso que está al mismo tiempo,

impulsado por una ideología de desarrollo promovida por las agendas de los organismos internacionales, y que se ve compelido por las mismas (Quintana, 2008, 81).

Mediante el discurso de la salud sexual y la salud reproductiva, la sexualidad se convierte en un ámbito privilegiado del ejercicio del saber-poder de la medicina. Este discurso permite el control y la normalización no solamente de prácticas individuales, sino de procesos biológicos colectivos como la natalidad, morbilidad y mortalidad. De acuerdo a Foucault, ésta es precisamente la razón para la extrema valoración médica de la sexualidad, “la posición privilegiada de ésta, que está entre el organismo y la población, entre cuerpo y fenómenos globales” (Foucault 1992, 261). Así a través de la salud sexual y salud reproductiva, la medicina higieniza no solamente el cuerpo individual, sino el cuerpo social. De esta forma la política pública a través del *Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad* construye una sexualidad de las personas con discapacidad, regulada, controlada y segura.

Por otro lado, a pesar que el Manual se autodenomina de atención integral, se observa una focalización en las temáticas que aborda que son 1. Anticoncepción y prevención de embarazos no planificados; 2. Embarazo, control prenatal, parto y control posparto; y 3. Atención de la violencia sexual.

Las temáticas abordadas no solamente son incongruentes con el concepto de atención integral, sino también con el enfoque de sexualidad integral definido en el manual. Este enfoque plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde la perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como “parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación” (MSP, 2017, 16).

Precisamente el énfasis en la salud de los órganos reproductivos y la preocupación central de las mujeres en la etapa de gestación constituyen una suerte de esencialismo sexual. Pues en el manual, lo sexual se limita a lo biológico y a lo reproductivo, dejando de lado ese concepto de sexualidad que considera el

desarrollo integral del ser humano, la construcción de relaciones, la afectividad, el placer entendido más allá de la genitalidad, la construcción de género, la construcción de identidad, y más.

5. Conclusiones

En el presente trabajo se abordó la sexualidad como una construcción histórica y social, además como un espacio para el ejercicio del saber-poder. La sexualidad de las personas con discapacidad no escapa a esta situación, pues a pesar que las normativas legales internacionales promueven sus derechos sexuales y reproductivos, en la práctica se observan dificultades para el ejercicio de su autonomía sobre su propia sexualidad. Las personas con discapacidad intelectual siguen conformando un subgrupo de la población a la que tradicionalmente se le ha negado la posibilidad de desarrollar las herramientas y adquirir la experiencia necesaria para construir relaciones y una vida sexual satisfactoria.

En el caso ecuatoriano, las políticas sexuales y reproductivas de las personas con discapacidad están estructuradas con un enfoque de valores y un enfoque de riesgo, que prioriza la prevención de embarazo en adolescentes y las ITS. Dichas normativas han promovido visiones tradicionales de familia, roles tradicionales de género y una práctica de una sexualidad específica y “adecuada”. Es decir, una sexualidad reservada para el matrimonio, monogámica, heterosexual, orientada a la procreación, al fortalecimiento de la familia y alejada de conductas de riesgo.

En ninguna de las normativas ecuatorianas en torno a la sexualidad antes del Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad, se aborda específicamente la sexualidad de las personas con discapacidad. Existe en ellas un silencio que revela entre otras cosas, que la política pública ecuatoriana construye a un sujeto con discapacidad cualquiera que esta sea, que no tiene sexualidad, que es asexuado.

Además, el hecho que el primer documento de política pública que aborda la sexualidad de las personas con discapacidad en forma explícita, fuera elaborado por una institución de salud, da cuenta del fenómeno de “medicalización”, es decir

un proceso en el que la medicina comienza a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar y comienza a hacerse cargo de la vida, de la salud, la economía y hasta de procesos sociales. Uno de estos ámbitos es el de la sexualidad. Por lo tanto, al convertirse la sexualidad en un ámbito de la medicina, no solamente se patologizan las conductas que no se adecuan a los parámetros establecidos como normales y se crean identidades perversas, sino también se higienizan las prácticas sexuales.

Por último, se concluye que el énfasis en la salud de los órganos reproductivos y la preocupación central de las mujeres en la etapa de gestación en el *Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad* constituye una suerte de esencialismo sexual. En el manual, lo sexual se limita a lo biológico y a lo reproductivo, dejando de lado ese concepto de sexualidad que considera el desarrollo integral del ser humano, la construcción de relaciones, la afectividad, el placer entendido más allá de la genitalidad, la construcción de género, la construcción de identidad, y más.

¿Cómo se cita este artículo?

CASTELLANOS RODRÍGUEZ, S.L., CARVAJAL CASTELLANOS, M. (2024). Políticas sobre salud sexual y reproductiva en Ecuador y construcción de la sexualidad de personas con discapacidad intelectual. *Argumentos. Revista de crítica social*, 29, 105-135. [link]

Referencias Bibliográficas

Agudelo Echeverri, M. (2017). *La planificación familiar. Discursos sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX*. FLACSO-Sede Ecuador/Abya-Yala.

Amaral, L. (1994). Adolescência/deficiência: uma sexualidade adjetivada. *Temas em Psicologia*, 2(2), 75-79.

Angelino, M. A. (2009). La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción. En *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, pp. 43-54. Noveduc.

Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo Social*. Alianza.

Aunos M. y Feldman M. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 285–296. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x>

Carranza, C. y Cisneros M. V. (2014). *Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador. Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir*. CEPAL.

Consejo Nacional de Discapacidades. (2018). *Rutas para la protección de derechos de las personas con discapacidad*. CONADIS.

Consejo Nacional de Discapacidades. (2017). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2017-2021*. CONADIS.

Constitución de la República del Ecuador. (2008).

Del Valle, R., García Ruiz M. y Suárez Álvarez O. (2006). *Discapacidad intelectual y sexualidad: conductas sexuales socialmente no aceptadas*. Gobierno del Principado de Asturias.

Eras, J. (2015). *Rompiendo barreras. Propuesta de atención integral a las discapacidades*. Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional.

Fischer, N. (2007). Purity and pollution: sex as a moral discourse. En S. Seidman, N. Fischer, Ch. Meeks, *Handbook of the new sexuality studies*. Routledge.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). *Young person with disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/publications/young-persons-disabilities>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Ecuador cuenta con un manual de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*. UNFPA.

<https://ecuador.unfpa.org/es/news/ecuador-cuenta-con-un-manual-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-personas-con-discapacidad>

Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós, ICE-UAB.

Foucault, M. (2007). *Historia de la Sexualidad. Tomo I. La voluntad de saber*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Altamira.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. La Piqueta.

Franco, D., Cardoso J. y Neto, I. (2012). Attitudes Towards Affectivity and Sexuality of People with Intellectual Disability. *Sexuality and disability*, 30(3), 261-287. Doi: 10.1007/s11195-012-9250-x

Frawley, P. y Wilson N. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and disability*, 34(4), 469-484.

Gago, V. (2015). Introducción. En *La Razón neoliberal: economías barrocas y pragmática popular* (pp. 21-38). Traficantes de sueños.

Giddens, A. (1997). *Diccionario de sociología*. Ediciones Península.

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R. & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80.

Hall, S. (2003). Introducción: ¿quién necesita “identidad”? En H. Stuart y P. Du Gay (Eds.), *Cuestiones de identidad cultural* (pp. 13-39). Amorrortu.

Ley Nº67. Ley Orgánica de Salud. 2006. Ecuador.

López Silva, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta moebio*, (46), 9-25.

Marangoni, P. (2003). Las conferencias mundiales de población 1974-1984-1994. Cambios y paradigmas. En Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Población y desarrollo. Pasado y presente en el Ecuador* (pp. 18-48). UNFPA.

Matajira Vera, J. (2014). Subjetividad, política pública y gobernanza: un aporte a la democracia local. *Heurística*, (17), 51-66.

Melo, M. A. 2013. *Como el cangrejo. La construcción discursiva del embarazo adolescente como problema social*. Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales.

Meny, Y. y Thoening J. C. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Ecuador. (2011). *Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. MCDS.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad*. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización.
<https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-para-personas-con>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Ecuador rompe récords internacionales en disminución del embarazo de adolescentes*.
<http://www.salud.gob.ec/ecuador-rompe-records-internacionales-en-disminucion-del-embarazo-de-adolescentes/>

Observatorio de los Derecho de la Niñez y la Adolescencia. (2012). *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 1990 - 2011. A 21 años de la Convención de los Derechos del Niño*. ODNA.

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *La Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual*. OMS/OPS.

Paz Enríquez, D. (2018). *El sujeto en el discurso de la educación sexual: resistencias, posicionamientos y adaptaciones*. Tesis de Maestría. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Ecuador.

Presidencia de la República del Ecuador. (2015). *Proyecto "Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia"*. Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica.

https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf

Quintana Arroyo, M. S. (2010). *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*. FLACSO-Ecuador/Abya Yala.

Ramírez, R. (2010). La transición ecuatoriana hacia el Buen Vivir. En I. León (Coord.), *Sumak Kawsay, Buen vivir y cambios civilizatorios* (pp. 125-141). FEDAEPS.

Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social?: Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 113-152. <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v5n8/v5n8a07.pdf>

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Revolución.

Secretaría Técnica de Discapacidades. Ecuador. (2013). Resolución N° STD-019-2013. Registro Oficial. SETEDIS

Secretaría Técnica de Discapacidades. Ecuador. (2011). *Salud Sexual y Reproductiva y Discapacidades*. SETEDIS-UNFPA.

Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.

Swango-Wilson, A. F. (2009). Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: A four cohort study. *Sexuality and disability* 27(4), 223-228.

Vance, C. (1997). La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estudios demográficos y urbanos*, 12(1), 101-128.

Weeks, J. (1998). *La invención de la sexualidad*. Paidós, UNAM, PUEG.