

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

*¡Votamos
Patria!*



Ficha Catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva:
Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, 2017. 274 pg.

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva:
Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública
Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
Av. República del Salvador 36-64 y Suecia 10° Piso
Teléfono: 593-2-381-4400 / 593-2-381-4450
Página Web: www.msp.gob.ec

Diseño e impresión:

Andrea Moreno / Digital Center
Impreso en Quito - Ecuador

Se reservan todos los derechos de MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor

Grupo de Redacción:

Marcela Masabanda, MSP	Marcia Elena Álvarez, UNFPA	Carlos Mayanover Carrillo
Steve Páez, MSP	Santiago Dávila	
Ana Lucía Bucheli, MSP	Miriam Moya Herrera	

Colaboradores:

Freddy Saldarriaga, MSP	Verónica Simbaña, MSP	Polo Carrera, ISSFA
Salomón Proaño, MSP	Ana Arellano, MSP	Elizabeth Vinuesa, ISSFA
Adriana Pavón, MSP	John Arias, MSP	Elizabeth Barona, IESS
Augusta Molina, MSP	Marcia Robalino, MSP	Jimena Montenegro,
Ramón Alejandro, MSP	Roberto Ponce, MSP	DISAFA – COMACO
David Erazo, MSP	Diana Molina, MSP	Orlando Silva,
Ana Lucía Torres, MSP	Ibeth Garcés, MSP	DISAFA – COMACO
Adriana Cano, MSP	Jorge Bejarano, MSP	Paulina Vaca, Policía Nacional
Ana Paulina Jiménez, MSP	Paulina Ríos, MSP	Stalin Moreno, FFAA
Catalina Yépez, MSP	Marivel Illapa, MSP	Ana Cristina Vera, Sociedad
Jazmín Carranza, MSP	Norma Oña, MSP	Civil
Vladimir Díaz, MSP	María Hinojosa, MSP	Lola Valladares, UNFPA
Mayra Granja, MSP	Julio López, MSP	Soledad Guayasamin, UNFPA
Patricio Gaón, MSP	Luisa Valdiviezo, Hospital Militar	
Patricio Aguirre, MSP	Stalin Moreno, FFAA	
Ana Lucía Aulestia, MSP		

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

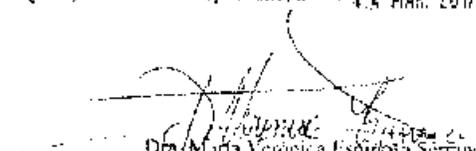
ACUERDA:

- Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021".
- Art. 2.- Disponer que el "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021", sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.
- Art. 3.- Publicar el "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021" en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 14 MAR. 2017


Dra. María Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. Fernando Cemejo	Viceministerio de Gobernación y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Isakeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernación de la Salud	Subsecretaria	
	Ceda. Paulina Santamaría	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
Revisado	Dra. Eliza Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	
	Ceda. Carlos Cisneros	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	
	Ceda. Cristina Cadena	Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud	Directora	
	Ahj. Isabel Ledezma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
Elaboración del Acuerdo	Dra. Lina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Febrero 2017

EXTRACTO

El plan promueve la inclusión, la igualdad y el respeto de los Derechos Humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Articula aspectos de la gestión del Sistema Nacional de Salud, para lograr recursos y procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento sobre este tema; al mismo tiempo que desarrolla estrategias que logren modificar indicadores de Salud Sexual y Salud Reproductiva que son prioritarios para el país.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. ANTECEDENTES.....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. MARCO LEGAL.....	13
4.1 Marco Legal Nacional.....	13
4.2 Marco Legal Internacional.....	14
5. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES.....	14
5.1 Enfoque de derechos (28).....	15
5.2 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.....	16
5.3 El enfoque de igualdad (29).....	16
5.4 El enfoque de género.....	16
5.5 Enfoque de sexualidad integral.....	17
5.6 El enfoque de inclusión social (4).....	17
5.7 El Enfoque de interculturalidad (4).....	17
5.8 Enfoque inter-generacional (4).....	17
5.9 El Enfoque de participación y ciudadanía en salud (4).....	18
6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	18
6.1 Derecho a la salud y los determinantes sociales (31).....	18
6.2 Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador.....	19
6.3 Situación de la fecundidad en el Ecuador.....	19
7. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES.....	36
7.1 Agenda Social (18).....	36
7.2 Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.....	37
8. PLANTEAMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	39
8.1 Árbol de Problemas.....	40
8.2 Árbol de Objetivos.....	41
8.3 Estructura Analítica.....	42
8.4 Objetivo General.....	43
8.5 Objetivos Específicos.....	43
8.6 Lineamientos estratégicos y líneas de acción.....	43
8.7 Definición de indicadores, fichas técnicas y matriz estratégica.....	46
9. IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	46
9.1 Implementación del Plan.....	46
9.2 Monitoreo y Evaluación.....	47
10. MODELO DE GESTIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	50

11. ARTICULACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y AL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013-2017	51
11.1 Principios fundamentales del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.....	51
11.2 Alineación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	51
11.3 Alineación con el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	59

Índice Gráficos y Tablas

Gráfico 1 Marco Conceptual y Enfoques.....	15
Gráfico 2. Tasas específicas de fecundidad por edad (varias fuentes y períodos).....	20
Gráfico 3. Evolución del uso de métodos anticonceptivos (MEF de 15 a 49 años casadas o unidas).....	22
Gráfico 4. Razón de mortalidad materna, Ecuador 2008 – 2014.....	24
Gráfico 5. Porcentaje de casos de muerte materna por área de residencia de la fallecida, Ecuador 2008 – 2014.....	25
Gráfico 6. Causas agrupadas de mortalidad materna, Ecuador 2014	26
Gráfico 7. Porcentaje de muertes maternas por grupos de edad, Ecuador 2010 – 2014.....	27
Gráfico 8. Número de MM según el momento del fallecimiento, Ecuador 2012 – 2014.....	27
Gráfico 9. Porcentaje de casos de muerte materna según lugar de ocurrencia, Ecuador 2008 – 2014.....	28
Gráfico 10. Motivos de consulta más frecuentes de la población LGBTI.....	32
Gráfico 11. Prevalencia por tipo de discapacidad y sexo en el Ecuador.....	35
Gráfico 12. Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	37
Gráfico 13. Estructura analítica	42
Tabla 1. Alineación con Objetivos y Metas del Plan Nacional para el Buen Vivir	52

1. INTRODUCCIÓN

El Estado Ecuatoriano es un Estado de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural; que garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental, vinculado al ejercicio de otros derechos, que sustentan el buen vivir (Constitución 2008, Art. 32) (1). La Constitución de la República del Ecuador evidencia que la salud sexual y la salud reproductiva es un derecho humano, en línea con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994 (2), que fue el primer instrumento internacional que incluyó explícitamente la "Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR)" como uno de los derechos que deberán ser garantizados por los Estados.

Igualmente en el marco de los acuerdos internacionales, la decisión del Estado Ecuatoriano de impulsar la promoción, ejercicio, realización, reparación y restitución del derecho a la salud sexual y salud reproductiva, está enmarcada en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades; y, el Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. (3).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene el compromiso constitucional de garantizar el derecho a la salud, promoviendo la construcción de políticas públicas mediante procesos participativos. La Constitución de la República, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017 y, las políticas públicas emitidas por esta Cartera de Estado, son directrices para los actores públicos y privados que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto se expide el presente "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021", el mismo que promueve la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR). Adicionalmente, este Plan se basa en los cuerpos legales y normativos que garantizan una atención de calidad en el marco de los derechos humanos; y articula aspectos de la gestión, procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento, asignación de recursos, y desarrolla estrategias para mejorar los indicadores de SS y SR priorizados en el país.

2. ANTECEDENTES

La Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR), y los derechos sexuales y derechos reproductivos han superado varios obstáculos para ser reconocidos como derechos humanos en la legislación internacional. Su reconocimiento como parte constitutiva marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales.

En los instrumentos internacionales, el concepto de SS y SR ha evolucionado de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia que supera el ámbito biológico y se relaciona con otros derechos, con la cultura, los valores universales, y la realización personal de cada ser humano.

El Estado Ecuatoriano, acogiendo el mandato constitucional que garantiza el derecho a la salud, al bienestar, a la vivencia y a la realización de los derechos humanos, ha suscrito varios documentos internacionales, resultado de las diferentes convenciones, conferencias, pactos, acuerdos o declaraciones internacionales para tratar los temas del desarrollo, la situación de la pobreza, la

generación de condiciones para la igualdad de género, la situación de la niñez y la adolescencia, de los pueblos y nacionalidades. Es así que el Estado ha asumido este compromiso ético y político para cumplir con los acuerdos internacionales y los avances realizados en diversos espacios.

En este marco, el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 responde a los mandatos constitucionales, a los acuerdos internacionales en esta materia, al Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, y al marco normativo vigente. Este documento define las directrices en Salud Sexual y Salud Reproductiva para el Sistema Nacional de Salud.

3. JUSTIFICACIÓN

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Asamblea General de las Naciones Unidas, desde su visión transformadora propone una guía para los próximos 15 años que en materia de salud, salud sexual y salud reproductiva y participación activa de las personas para la vivencia de sus derechos, está centrada en los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible (3):

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.1 dice: "Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos"; y la meta 3.3: "Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles".

Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. En sus metas 5.1, 5.2 y 5.3 convoca a los Estados a prevenir y erradicar toda forma de discriminación y de violencia contra las niñas y las mujeres en todo el mundo; y, en la meta 5.6, expresamente se manifiesta la necesidad de "Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen".

El "Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017" en su Objetivo 3 establece: "Mejorar la calidad de vida de la población", donde se plantea a la salud desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

Para lograr este objetivo, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la transformación estructural del sector salud mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS – FCI. Este Modelo se caracteriza por buscar la integralidad, calidad, equidad, y accesibilidad de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas diferenciadas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, considerando su diversidad étnica-cultural, sexo-genérica, de procedencia geográfica, de discapacidad y movilidad humana (4).

Así mismo, el MAIS prioriza los componentes de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y participación social, generando corresponsabilidad para el autocuidado de la salud; al mismo tiempo que genera condiciones para brindar atención a la enfermedad, con los más altos estándares de calidad e implementando las normas de atención de acuerdo a cada problemática. Adicionalmente, se orienta

a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas sean corresponsables de su salud y las organizaciones sociales locales tomen un rol de control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

En este marco, brindar atención integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva, implica un abordaje de la sexualidad de manera integral, superando la mirada de los programas verticales centrados en nociones y prácticas materno infantiles, que han generado brechas de inequidad para las mujeres que han decidido no tener hijos, para los hombres que no tienen espacios de atención adecuados a sus necesidades y realidades; para las personas de otra orientación sexo genérica que no encuentran en el sistema de salud una respuesta a sus necesidades diferenciadas de atención.

Por tanto, el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 articula los esfuerzos de todos los subsistemas del Sistema Nacional de Salud (SNS), para la planificación y asignación de recursos que permita brindar una atención de calidad desde el marco de los Derechos Humanos. Los lineamientos estratégicos del antes citado Plan parten de una profunda reflexión de las condiciones y necesidades específicas de la población ecuatoriana, del marco legal y de los acuerdos internacionales, garantizando la igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres diversos por su edad, su sexo, su género, su orientación sexual, su situación socio-económica, su procedencia geográfica, respondiendo de esta manera a la responsabilidad de lograr salud y vida digna para todas y todos.

4. MARCO LEGAL

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 aborda la problemática actual relacionada con la vivencia de la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco del derecho a la salud integral, reconociendo que son derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados y efectivizados por parte del Estado, como lo menciona la Constitución y los instrumentos internacionales.

Entre los avances legales del país y del mundo, vinculados con la Salud Sexual y Salud Reproductiva y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos podemos citar:

4.1 Marco Legal Nacional

- Constitución de la República del Ecuador (2008) (1)
- Ley Orgánica de Salud 2006 y su Reglamento 2012 (5)
- Ley Orgánica de Participación Ciudadana (2010) (6)
- Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2011 (7)
- La Ley Orgánica de Discapacidades (2012) (8)
- Código Orgánico Integral Penal (2014) (9)
- Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia (2014) (10)
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1994 y codificada en el año 2006 (11)
- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2007 (12)

- Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 (13)
- Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva, 2008 (12)
- Plan Nacional Acelerado de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal, 2008 (14)
- Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2008 (15)
- Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales ACUERDO N° 062. 22, Febrero del 2008 (16)
- Plan Multisectorial de VIH/Sida, 2015 – 2020 (17)
- Agenda Social al 2017 (18)

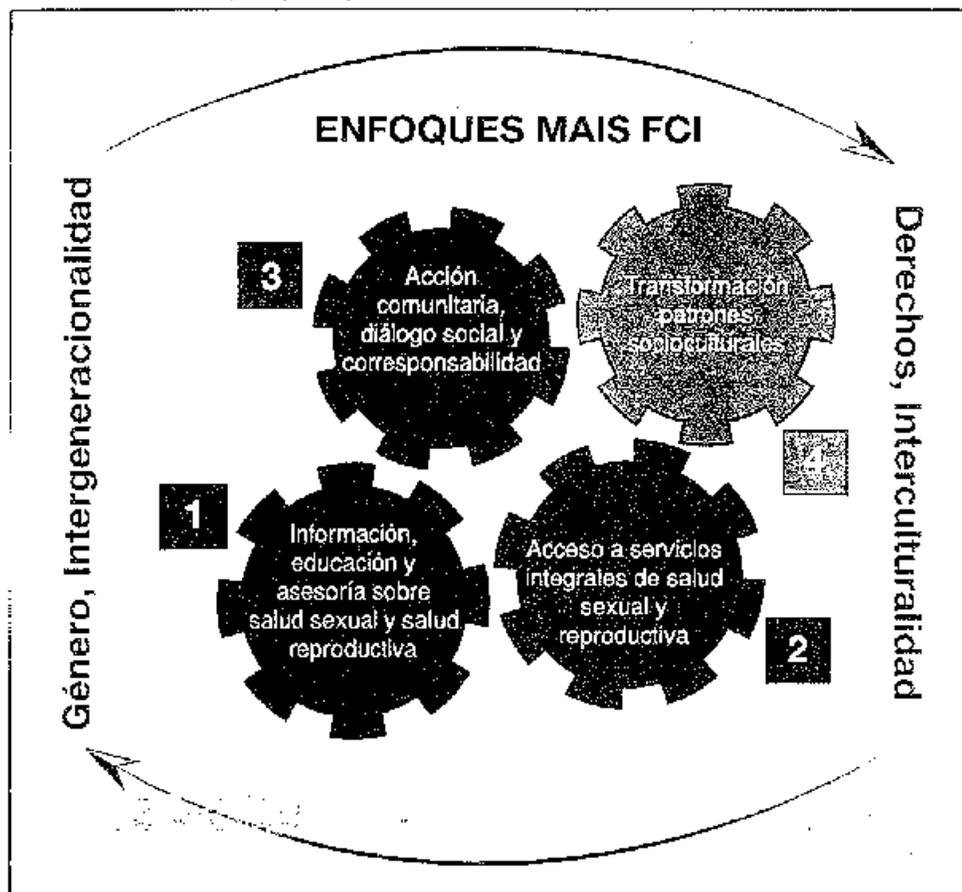
4.2 Marco Legal Internacional

- Conferencia de Población. Bucarest. 1974. (19).
- Declaración de Alma-Ata, URSS, 1978. (20).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979. (21).
- Declaración y el Programa de Acción de Viena. 1993. (22).
- Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD(El Cairo 1994). (23).
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1995. (24).
- Declaración del Milenio. 2000. Definición de los Objetivos del Milenio (25).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008). (26).
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2016 (27).
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. (3).

5. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES

El marco conceptual del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021(PNSSSR) parte de un análisis de la problemática de la salud sexual y salud reproductiva (SSSR) que incluye causas estructurales, determinantes sociales y el planteamiento de lineamientos estratégicos que permitan abordar de manera integral los diferentes aspectos de la SSSR en el marco del MAIS- FCI de alcance al Sistema Nacional de Salud (SNS) (4).

Gráfico 1. Marco Conceptual y Enfoques



Elaborado por: Grupo de Redacción

El PNSSSR tiene como su marco de actuación los enfoques en salud propuestos en el MAIS-FCI: derechos humanos, igualdad, género, interculturalidad, intergeneracional, inclusión social, promoción, participación y ciudadanía, considerando la diversidad étnica y cultural; etaria, identidad sexo genérica, de procedencia geográfica; y situación socio-económica.

5.1 Enfoque de derechos (28)

Este se basa en el reconocimiento de las personas como titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado, quien debe garantizar y crear condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximarse a la ciudadanía, pues repiensa a esta figura como sujeto de participación y concepción de las políticas públicas, que se constituyen en las herramientas requeridas para la construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores sociales, y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

El enfoque de derechos humanos en el PNSSSR contribuye a fortalecer la institucionalidad de los derechos como un lineamiento fundamental del accionar de los servicios de salud. A la vez, este enfoque promueve un nuevo entendimiento de la salud pública como área de interés social, donde es fundamental la interrelación entre la sociedad civil, sus organizaciones y el Estado, representado por el ente rector en salud, el Ministerio de Salud Pública.

5.2 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este Plan se evidencian en acciones integrales de calidad de SSSR para todas las personas, sin discriminación alguna.

5.3 El enfoque de igualdad (29)

Implica el desarrollo de medidas destinadas a abordar las inequidades y desigualdades existentes en la sociedad. Busca disminuir las brechas sociales y combatir cualquier clase de discriminación y violencia.

Para fines de este Plan, la igualdad supone generar las condiciones y capacidades para que todas las personas, sin importar sus diferencias y especificidades, tengan las mismas oportunidades y puedan ejercer sus derechos en todos los ámbitos y, de manera particular, en el ámbito de la salud. Por ello es necesario trabajar hacia una atención de salud incluyente que contemple las diferencias existentes a nivel de regiones geográficas, situaciones sociales y narrativas personales de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

5.4 El enfoque de género

El enfoque de género es reconocido en el marco constitucional de derechos y obligaciones del país (1) y se entiende como el conjunto de mecanismos y herramientas que inciden en los planes y programas, en las leyes, acciones públicas, en los bienes y servicios tendientes a eliminar las inequidades entre los géneros (30).

El enfoque de género propone la modificación de las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre hombres y mujeres de manera que exista igualdad en el ejercicio de derechos, en el acceso a beneficios, recursos y oportunidades. La incorporación del enfoque de género en la salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en todas las acciones de salud, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas de salud sexual y salud reproductiva. Este enfoque, va en consonancia con una atención de salud de calidad e integral, capaz de cubrir las necesidades y derechos de las personas y sus singularidades (31).

El enfoque de género en el PNSSSR, permite tener una mejor comprensión de la realidad y de las vivencias, necesidades diferenciadas de mujeres y hombres, ubicando como un problema central a la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, sus causas y efectos en la salud.

5.5 Enfoque de sexualidad integral

El enfoque de sexualidad integral plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una 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 (32).

5.6 El enfoque de inclusión social (4)

Este enfoque promueve el derecho de todas las personas a vivir una vida libre de discriminación, incorporando, en todos los procesos, de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud a las personas históricamente excluidas. Exige que seamos capaces de identificar y nombrar las situaciones de injusticia que fomentan la desigualdad en los grupos sociales, a fin de evitar toda forma de discriminación respetando las diversidades. Las estrategias que propone este enfoque se incluyen como parte de las políticas públicas, programas y servicios que ofrece el Estado para garantizar los derechos (salud, educación, protección social, economía, entre otros.).

Este enfoque en el PNSSSR propone partir del reconocimiento y visibilización de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Busca promover en toda la población una vida más digna, donde todas las personas, sin exclusión, puedan tener acceso a servicios de salud, incluida la salud sexual y salud reproductiva.

5.7 El Enfoque de interculturalidad (4)

Plantea el reconocimiento de las relaciones que pueden establecerse entre culturas diversas. En este sentido, el enfoque intercultural aborda la inequidad de las poblaciones según sus identidades culturales, diferenciando los aspectos globales y locales que hacen que las mismas se reflejen en las condiciones y condicionantes de la salud y el abordaje de la sexualidad. Este enfoque busca promover mecanismos específicos que fortalezcan la atención integral en salud, tomando en cuenta las diferencias culturales para que sean respetuosas de sus prácticas e identidades.

En el PNSSSR, este enfoque nos permitirá entender la vivencia de la salud, de la salud sexual y de la salud reproductiva como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas.

5.8 Enfoque inter-generacional (4)

Implica el reconocimiento de las diferencias de poder y de las necesidades existentes entre los diversos grupos etarios. La inclusión de este enfoque implica la necesidad de superar falsas creencias en torno a la sexualidad de grupos etarios específicos como los adolescentes, adultos mayores, niñas y niños.

El PNSSSR, desde un enfoque inter-generacional, propone una reflexión y transformación del adultocentrismo existente en la sociedad, y que se reconozca la capacidad de adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores para tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual. Pero también

implica la comprensión de la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano integral, durante todos los ciclos de vida.

5.9 El Enfoque de participación y ciudadanía en salud (4)

Implica que todas las personas asuman la corresponsabilidad frente a la salud, debido a que la generación de condiciones saludables, no es posible sin la participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud, las intervenciones del modelo de atención. Las organizaciones locales se constituyen en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

Para ello es necesario que el PNSSSR promueva, fomente y garantice el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas, ciudadanos y de las organizaciones sociales en la toma de decisiones que corresponda, así como que institucionalice instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos para que la implementación del Plan cuente con una base social empoderada.

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

6.1 Derecho a la salud y los determinantes sociales (31)

La salud como un derecho garantizado por el Estado, está vinculada a múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales que determinan la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo sustentable de mujeres y hombres que habitan en el Ecuador.

El desarrollo sustentable debe estar basado en principios de equidad social y de igualdad de género, en el marco de los derechos humanos, reconociendo la diversidad étnica, étnico-cultural, sexo-genérica, de procedencia geográfica, de discapacidad. Desde esta perspectiva la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos tienen profundas implicaciones para el desarrollo humano y el crecimiento económico. El acceso a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, permite que las personas, en especial las mujeres, participen en la vida social, tengan acceso a la educación e intervengan activamente en el mercado laboral formal.

La población estimada en el Ecuador al año 2016, es de 16'613.279 personas, de las cuales el 50.5% son mujeres y el 49.5% son hombres. Ello significa que en el Ecuador hay 8'087.914 mujeres. De ellas 1'069.988 son jefas de hogar (33). El 55.5% son mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 (34).

Ecuador es un país multiétnico y pluri-cultural: 71,9% de la población se identifica como mestiza; el 7,4 % como montubia, 7,2% como afro-ecuatoriana, el 7% como indígena y 6,1% como blanca (35).

Las mujeres tienen una mayor tasa de analfabetismo con 7,7% en relación a los hombres que es de 5,8%. Esta situación se profundiza en relación al área geográfica, siendo en el área urbana (3,8%) y la rural (18%). En relación a las mujeres indígenas el analfabetismo es del 23%, comparado con el 11% en hombres indígenas (35).

El 60% de la población es pobre según necesidades básicas insatisfechas (NBI). De acuerdo a la pertenencia étnica, el 88% de la población indígena es pobre, el 83% de la población montubia, y el 70% de la población afro-ecuatoriana. Las mujeres y los hogares cuya jefatura es femenina muestran mayores niveles de pobreza que los hombres (35).

Estos indicadores sociales y económicos que reflejan las profundas brechas de inequidad y desigualdad que viven hombres y mujeres ecuatorianos, también dan cuenta de formas particulares de enfermar y morir que se manifiestan tanto en los indicadores generales de salud, como en todo lo relacionado con la vivencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

6.2 Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido VIH, violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (36).

6.3 Situación de la fecundidad en el Ecuador

Tasa Global de Fecundidad

Según ENSANUT 2012, en el Ecuador la Tasa Global de Fecundidad (TGF) (34):

- Ha disminuido acorde con la tendencia mundial. Ésta ha pasado de 5.1 en el período de 1975-1979 a 3 en el período del 2007-2012.
- La TGF deseada corresponde a 2.5 y la no deseada a 0.5.
- Presenta un desequilibrio según el área geográfica de residencia. Así, tenemos que las mujeres tienen mayor número de hijos en las áreas rurales, sobre todo en la región Amazónica.
- En las mujeres sin instrucción la TGF fue de 4.4 comparada con 2.1 de aquellas que declararon tener un nivel de educación superior.
- Según quintiles de pobreza, "existe una brecha significativa entre el número de hijos entre los hogares más pobres (Q1, 4.1 hijos) y los hogares más ricos (Q5, 2.1 hijos)".

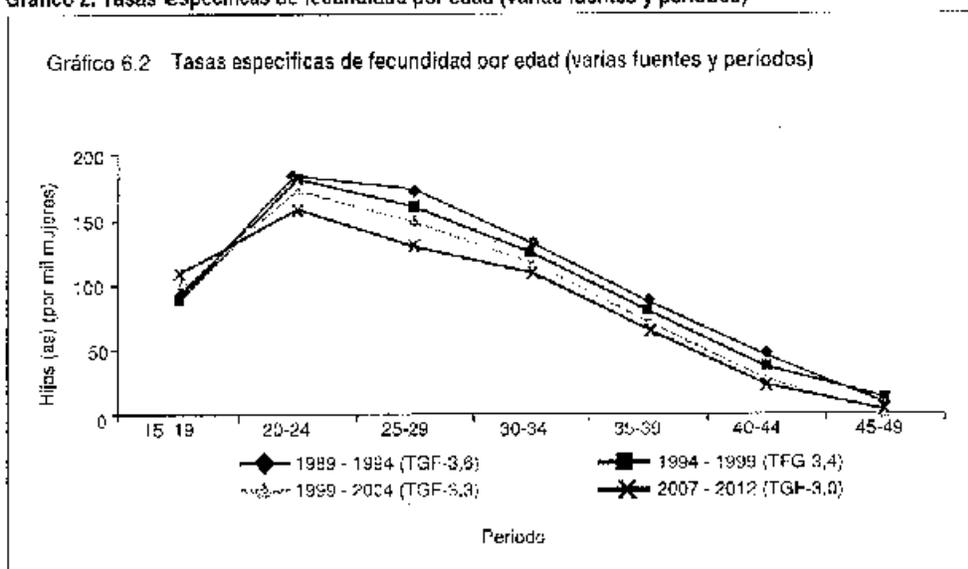
En conclusión, los determinantes de la salud tales como el lugar de residencia, el nivel de escolaridad, la pobreza, y la pertenencia a un pueblo o nacionalidad, tienen una incidencia importante en el comportamiento de la TGF (36).

Tasa Específica de Fecundidad(34)

De acuerdo a la ENSANUT 2012, en el Ecuador la más alta Tasa Específica de Fecundidad (TEF) corresponde al grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años. Según se observa en el gráfico 2, la TEF en todos los grupos etarios sigue la tendencia mundial al descenso. Sin embargo, se

debe resaltar que en el grupo de 15 a 19 años, la TEF se encuentra por encima de la registrada en el período 1989-1994.

Gráfico 2. Tasas específicas de fecundidad por edad (varias fuentes y periodos)



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR / ENSANUT-ECU-2012, MSP/INEC
Elaborado por: Freire WB. et al.

Embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, puesto que esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana. Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años), después de Nicaragua y República Dominicana (37).

Como lo indica el Informe del Estado Mundial de Población (2013), "los esfuerzos y los recursos para prevenir el embarazo en adolescentes, suelen centrarse al grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables que enfrentan mayor riesgo de complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto, son de 14 años o menos" (38). Según datos de la Fiscalía General del Estado, en el año 2013 se presentaron 961 denuncias de violación contra niñas menores de 14 años (39).

En el Ecuador, según la ENSANUT 2012 (34):

- El 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años.
- El 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellas. De éstas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años.

- El 18.3% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido un/a hijo/a. Esta cifra ha aumentado en cinco puntos porcentuales (13.3) desde la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.
- El 7.8% de las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años fue con una persona de 30 años o más.
- El 7.5% de embarazos en menores de 15 años termina en aborto.

El Ecuador contó durante el período 2011 -2014 con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes - ENIPLA, como política pública intersectorial y prioritaria. (40)

El 12 de diciembre de 2014 mediante Decreto Ejecutivo N°491, publicado en el Registro Oficial No. 395, se transfirió a la Presidencia de la República la rectoría, ejecución, competencias funciones, representaciones y delegaciones del proyecto denominado "Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar" – ENIPLA (41).

En línea con este Decreto Ejecutivo, en el año 2015, se desarrolló el Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, cuya misión es "disminuir la incidencia del embarazo adolescente en el Ecuador a través de la movilización de la sociedad mediante estrategias, programas y actividades multisectoriales para recuperar el rol protagónico de la familia y contribuir al desarrollo de todas las dimensiones del ser humano en la vida de los y las adolescentes" (42).

El Ministerio de Salud Pública, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, garantiza el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva teniendo como referente los derechos sexuales y derechos reproductivos, de todas las personas; con énfasis en los grupos de atención prioritaria (4).

Demanda, acceso y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar(34)

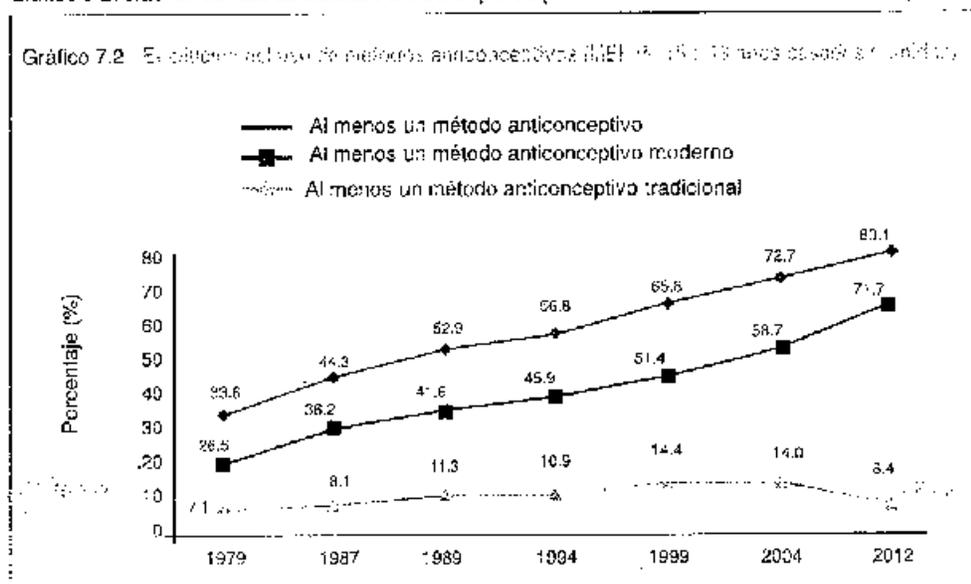
Uno de los derechos fundamentales de hombres y mujeres es la planificación familiar, la misma que debe incluir información y acceso a métodos anticonceptivos modernos, con la finalidad que las mujeres y las parejas ejerzan el derecho a decidir si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos y en qué momento, fomentar el espaciamiento de los embarazos y posponer o evita el embarazo en mujeres con mayor riesgo de morir, sobre todo en las más jóvenes y en aquellas que ya han tenido varios hijos y/o hijas. El uso de condones femeninos o masculinos, adicionalmente contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA (34).

De acuerdo a los datos de ENSANUT 2012 (34):

- El 81.4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67,2% utilizan algún anticonceptivo moderno y el 12, 6% algún método tradicional.
- El 79.5% de mujeres de 12 a 14 años tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años.

- Los anticonceptivos preferidos son: implante subdérmico 38.8%, inyectables 19.4%, esterilización femenina 18.1%.
- La principal fuente de obtención de anticonceptivos modernos es el Ministerio de Salud Pública (MSP) con 48%, seguida por organizaciones privadas con fines de lucro (farmacias y clínicas privadas) con 37.7%.
- La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (MAC) en el Ecuador es de 7%, siendo más alta en mujeres casadas con un 8%. De igual manera es mayor en mujeres indígenas con 10.4% y, 10.1% en mujeres afro ecuatorianas. La necesidad insatisfecha de MAC es más marcada en mujeres sin instrucción y corresponde al 9.2%.

Gráfico 3 Evolución del uso de métodos anticonceptivos (MEF de 15 a 49 años casadas o unidas)



Fuente: ENSANUT-ECU-2012. MSP/INEC
Elaborado por: Freire WB, et al.

La evidencia a nivel mundial demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y planificación familiar resulta una intervención efectiva en la reducción de embarazos no planificados y de abortos inseguros, por lo tanto, en la reducción de muertes maternas.

En este contexto, el MSP emitió el Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad a Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, expedido mediante Acuerdo Ministerial 2490, publicado en el Registro Oficial No. 919 de 25 de marzo de 2013, que tiene por objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido VIH Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Con el objeto de operativizar el Reglamento, se elaboró el "Instructivo de Implementación del Reglamento para Regular el Acceso a Métodos Anticonceptivos" publicado en Diciembre de 2014, que brinda lineamientos claros a los profesionales de los establecimientos de salud para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), planificación familiar y asesoría en salud sexual y salud reproductiva (43).

Aborto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones, cuando se incluyen embarazos muy tempranos (44). La misma Organización estima que a nivel mundial una de cada ocho muertes maternas se debe a complicaciones relacionadas con el aborto inducido en condiciones de riesgo.

Aproximadamente 4 de cada 10 embarazos en todo el mundo no son planificados y dos de cada diez terminan en aborto inducido, y alrededor del 13% de las muertes maternas se deben a abortos inducidos en condiciones de riesgo a nivel global. En América Latina, el 14% de las muertes maternas están relacionadas a abortos realizados en condiciones inseguras y en el Ecuador, esta cifra asciende al 15,6% de todas las muertes, ocupando el quinto lugar de todas las causas de muerte y el tercero de las causas de muerte materna (45).

Según datos obtenidos del Anuario de Egresos Hospitalarios 2014, el total de abortos registrados en el país asciende a 22986, entre abortos especificados, abortos médicos y abortos no especificados. El aborto no especificado representa el 68,6% de los egresos hospitalarios por esta causa (46). A pesar de los datos señalados existe un alto sub-registro de esta práctica, (47).

En el Ecuador según lo estipulado en el Art. 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP),(9)se considera que el aborto no es punible en los siguientes casos:

Cuando el aborto es practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

- *Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
- *Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental(9).*

De acuerdo con el Art. 29 de la Ley Orgánica de Salud, los servicios de salud públicos y privados, están facultados a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal (actual Art150 del COIP). Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención (48).

Muerte Materna

La muerte materna se refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (49).

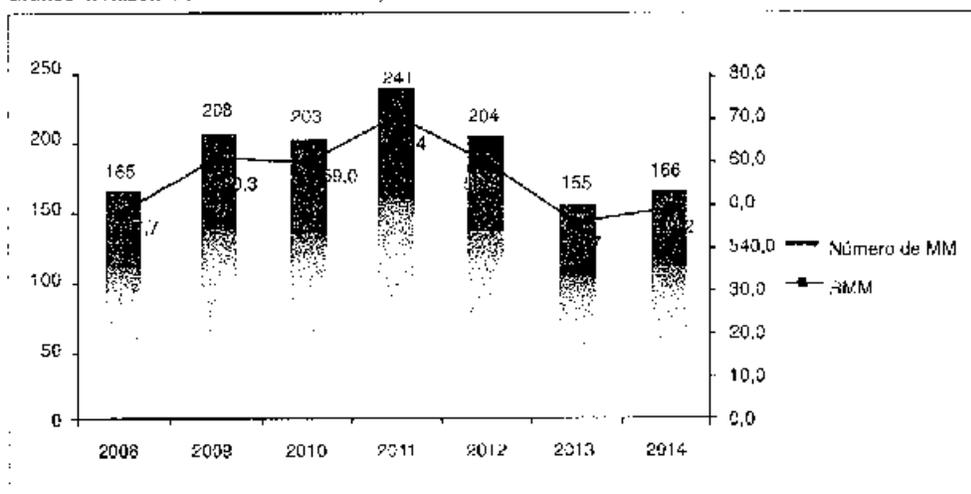
La muerte materna es uno de los principales indicadores que dan cuenta de las condiciones de salud de las mujeres, que permite aproximarse a las dimensiones en que ellas gozan de sus derechos fundamentales y dan cuenta de las desigualdades y diferencias de género, remarcadas por la pobreza, la falta de educación y residencia rural. La mayoría de muertes maternas se producen en las mujeres que viven en zonas rurales o urbano-marginales empobrecidas, que muchas veces carecen de servicios básicos y saneamiento ambiental, deficientes de vías de acceso y unidades educativas.

A pesar de los avances significativos en la reducción de muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990, ningún país de la región alcanzó la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015(50).

En el caso de Ecuador, en el año 1990, la Razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por 100.000 nacidos vivos estimados; para el año 2014 la Razón de Mortalidad Materna fue de 49,16 por 100.000 nacidos vivos estimados, siendo la reducción en este periodo para el país de 68%.

Sin embargo, tal como lo evidencia el gráfico N°4, entre el 2013 y el 2014, hay un aumento de la razón de muerte materna en 3,5%, lo cual obliga al MSP a analizar cuáles son las causas estructurales y de atención a la salud materna que han influido en esta alza, sobre todo si consideramos que la razón de muerte materna es un indicador trazador del desarrollo de los países y la calidad de los servicios de salud (51).

Gráfico 4. Razón de mortalidad materna, Ecuador 2008 – 2014

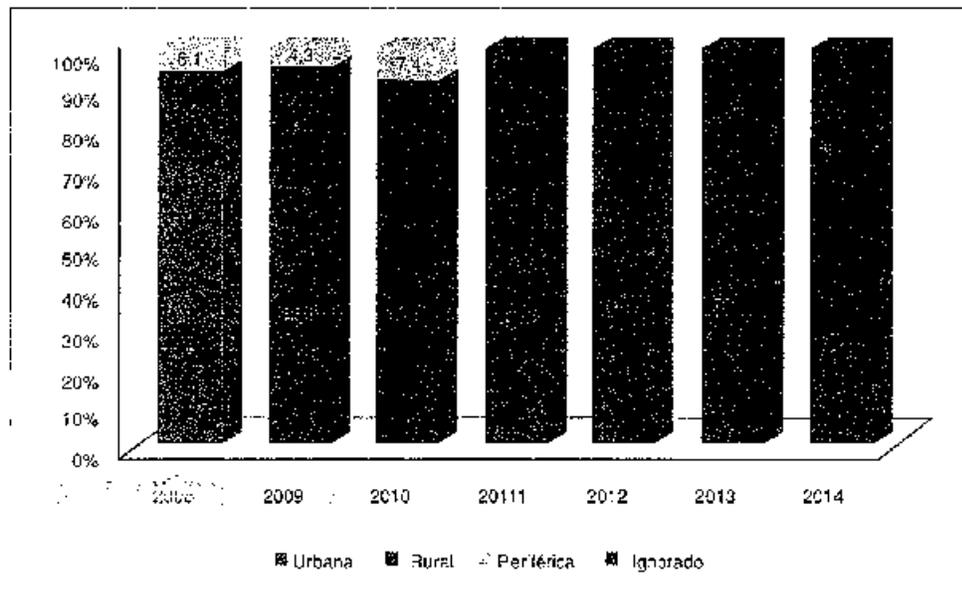


Fuente: DNVE-INEC-DNEAIS

Según la Razón de Mortalidad Materna (RMM) reportada por cada provincia, en el periodo 2008 – 2014 se identifican provincias en las que la RMM ha estado sobre el dato nacional la mayoría de años, tales como: Zamora Chinchipe, Morona Santiago, Napo, Orellana. Esta situación está acorde con el análisis planteado por la OMS respecto a "...Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada" (52).

En referencia al área de residencia se observa un incremento de la muerte materna en la zona rural, siendo ésta de 21,2% en el 2008, a 46,7% en el 2014; presentando un incremento de 118% (51).

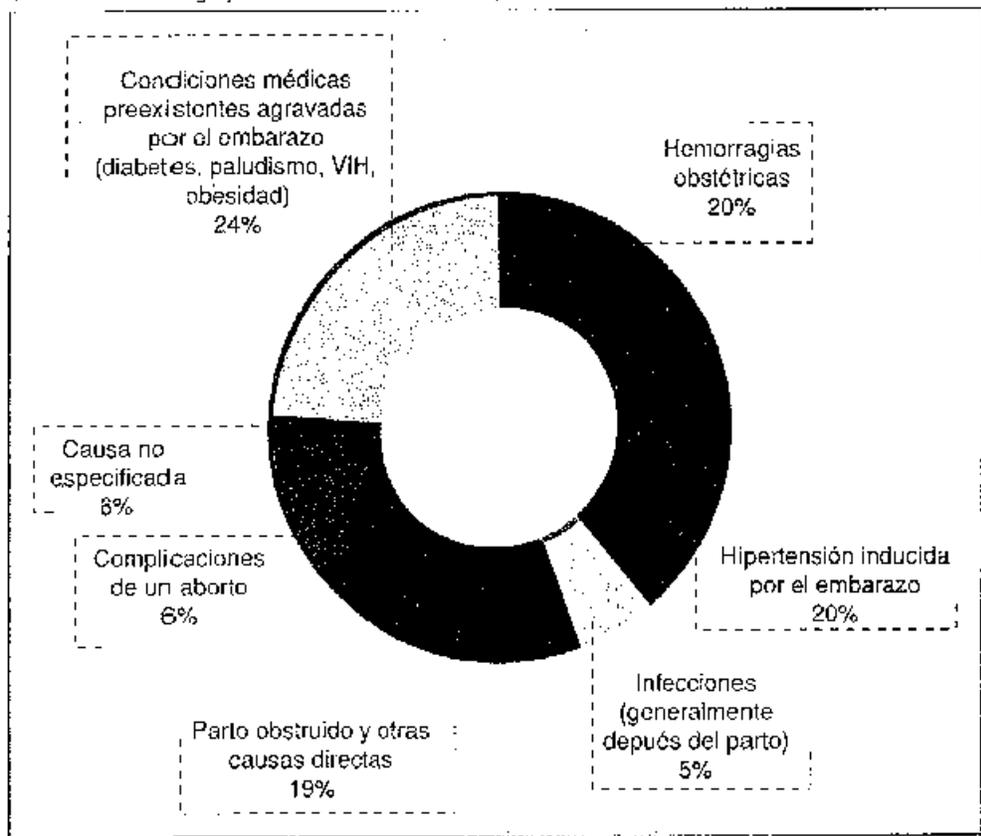
Gráfico 5. Porcentaje de casos de muerte materna por área de residencia de la fallecida, Ecuador 2008 – 2014



Fuente: Bases Defunciones INEC Consultado el 24/08/2015.
Elaborado por: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En el Ecuador las principales causas de muerte materna para el año 2014, son: condiciones médicas pre existentes (24%), los trastornos hipertensivos de la gestación (20%), las hemorragias obstétricas (20%) y el parto obstruido con otras causas directas (19%) (51).

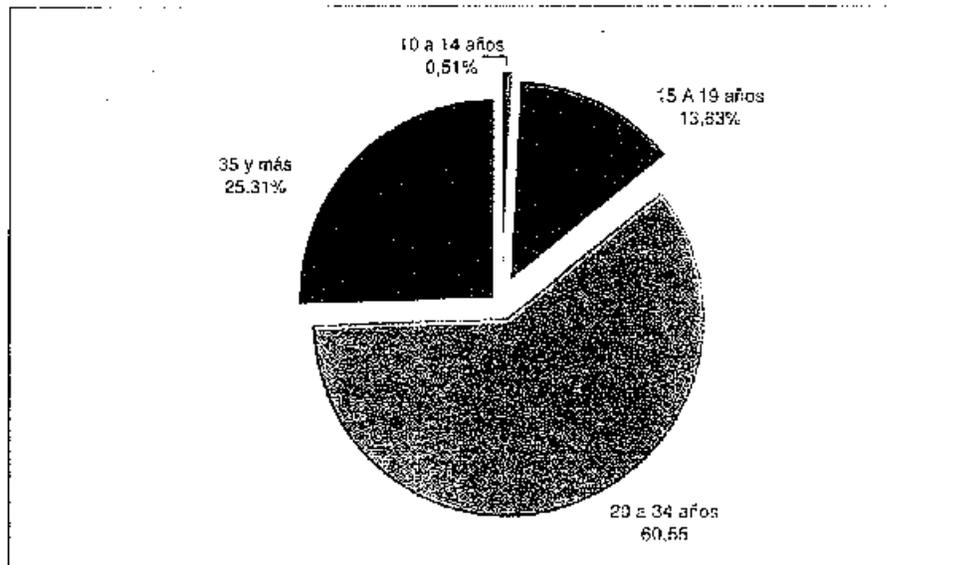
Gráfico 6. Causas agrupadas de mortalidad materna, Ecuador 2014



Fuente: Bases Defunciones INEC Consultado el 24/08/2015.
Elaborado por: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

De las 976 muertes maternas ocurridas entre 2010 y 2014, el mayor porcentaje (60,5%) corresponde al grupo etario de 20 a 34 años, seguido del grupo de 35 años y más con el 25,31%. El grupo de menores de 20 años acumula el 14% de las muertes ocurridas en este período, sin embargo, cuando se desagregan las edades el 13,6% corresponden a las muertes maternas que se encuentran en el grupo etario de 15 – 19 años.

Gráfico 7. Porcentaje de muertes maternas por grupos de edad, Ecuador 2010 – 2014

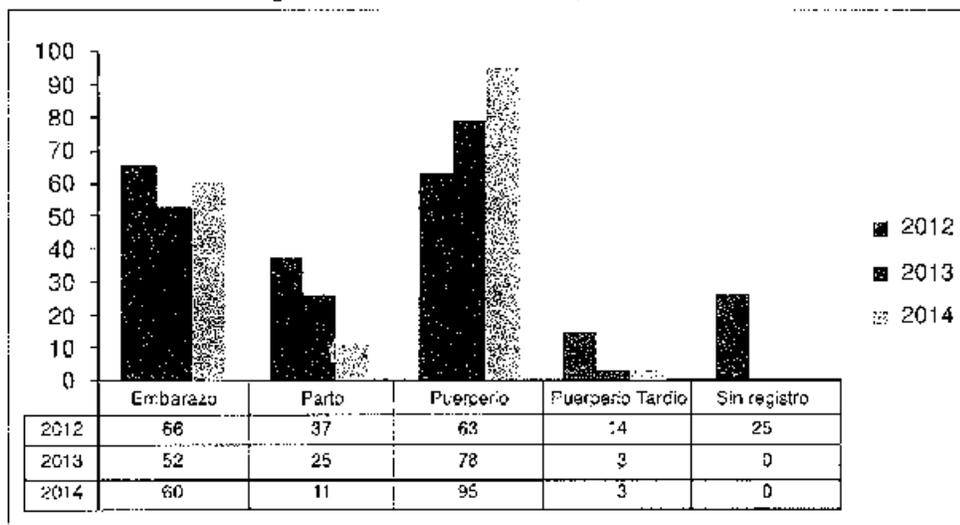


Elaborado por: GNDMM

Fuente: DNVE

Al analizar el momento de ocurrencia (embarazo, parto y postparto) de la muerte materna durante el periodo 2012-2014, se observa un incremento de ocurrencia de muerte en el puerperio de 51%.

Gráfico 8. Número de MM según el momento del fallecimiento, Ecuador 2012 – 2014



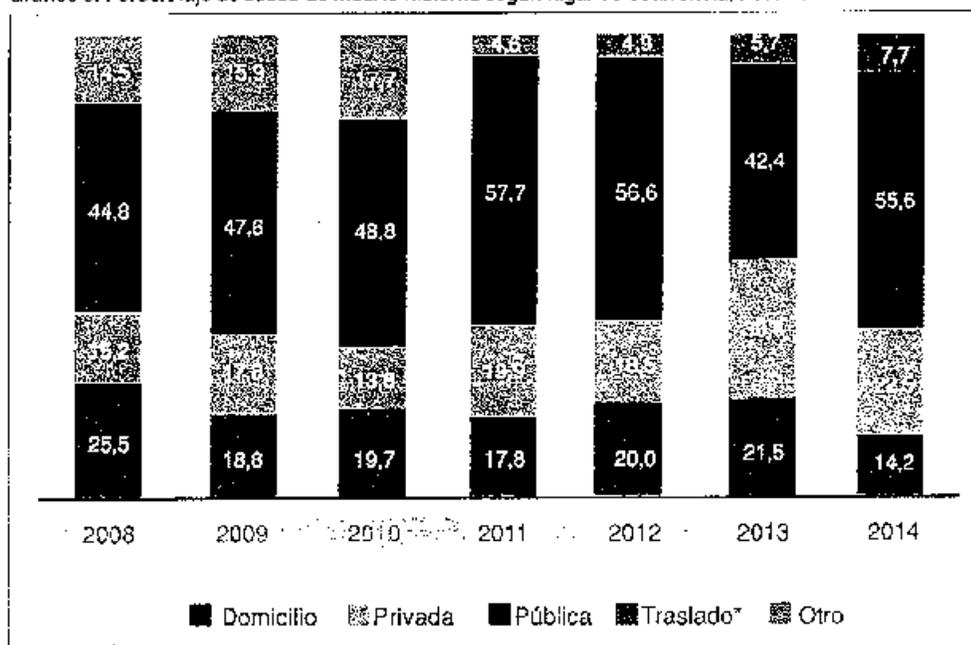
Fuente: INEC, Registro administrativo de nacimientos y defunciones 2013

Elaborado por: Dirección Nacional de Epidemiología

Al cruzar el número de nacidos vivos de acuerdo a la pertenencia étnica de la madre y el número de muertes maternas ocurridas en el mismo año según pertenencia étnica identificada en la investigación, podemos observar que la RMM para la etnia afro-ecuatoriana es de 43 por 10.000 nacidos vivos, seguida por la etnia indígena en donde la RMM es de 17,5 por 10.000 nacidos vivos (45).

Según el lugar de ocurrencia de las muertes maternas se puede observar que el mayor porcentaje se dan en los establecimientos de salud, y de éstos la gran mayoría en los establecimientos del sector público, lo que evidencia la importancia de fortalecer la red de servicios de salud y la capacidad resolutive de los servicios de atención obstétrica de emergencia.

Gráfico 9. Porcentaje de casos de muerte materna según lugar de ocurrencia, Ecuador 2008 – 2014



Fuente: Bases Defunciones INEC Consultado el 24/09/2015.
Elaboración por: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Según la evidencia para lograr reducir la mortalidad materna, es fundamental contar con una política que contemple a las mujeres en edad fértil y el efectivo acceso a planificación familiar. Para el caso de las mujeres embarazadas, es fundamental contemplar: ampliación de la cobertura efectiva del control prenatal, atención calificada del parto, reconocimiento y manejo adecuado de las emergencias obstétricas y neonatales, atención del aborto en condiciones de seguridad, asesoría y acceso a planificación familiar y anticoncepción posterior a un evento obstétrico (53).

Infecciones de Transmisión sexual, VIH/Sida

Según el informe emitido por ONUSIDA, de julio 2014, en América Latina para el año 2014 se estimó que en promedio, 1,7 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 33.000 fueron niños/as. La

epidemia ha afectado principalmente a hombres, con un estimado de 1.1 millones de diagnosticados (54).

De acuerdo con el más reciente reporte global sobre la epidemia del VIH (55), elaborado por ONUSIDA en coordinación con los Ministerios de Salud de los países miembros de las Naciones Unidas, se estima que en el Ecuador viven con VIH un total de 33.000 personas. La prevalencia nacional para el Ecuador es del 0.3% en personas entre 15 y 49 años (56).

En el Ecuador la epidemia de VIH es de tipo concentrada en poblaciones más expuestas al riesgo, como lo reflejan estudios realizados entre los años 2011 y 2012, cuyas prevalencias en orden descendente son: personas trans femeninas 31,9%; los hombres que tienen sexo con hombres con un 11,2%; y las trabajadoras sexuales con un dato no actualizado desde el año 2007, de 3,2% (estudio no representativo) (56).

El número de pruebas rápidas para el tamizaje a mujeres embarazadas en el año 2014 fue de 265.028 mientras que para el año 2015 fue de 344.161 pruebas (57).

Para el año 2014, 13.300 personas accedieron al tratamiento antirretroviral en unidades de salud del Ministerio de Salud Pública mientras que para el año 2015 se finalizó con 14.844 personas que viven con VIH y se encuentran en tratamiento antirretroviral, existiendo un incremento de 1.544 nuevas personas que ingresaron al tratamiento antirretroviral (57).

Enfermedades oncológicas relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en las mujeres y a su vez la segunda causa de muerte por cáncer en América Latina. En el Ecuador durante el año 2008, el 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en nuestro país murieron por esta enfermedad, según datos del MSP. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cobertura óptima y esperada del método de tamizaje de citología es del 80% y el Ecuador alcanza al 2008 tan solo el 24,8%.

Sin embargo de acuerdo a la ENSANUT 2012, el 57.1% de mujeres de 15 a 49 años no recibió información sobre cáncer uterino. Así mismo, un 30.5% de mujeres nunca se han realizado citología vaginal porcentaje que se ve incrementado en el quintil más pobre a 43.2% y mujeres sin instrucción en 34.6% (34).

La importancia que reviste este cáncer en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es la investigación de la etiología del mismo, el cual en estos últimos 25 años se demostró que es causado por la infección del virus del papiloma humano (VPH) por la vía genital. La infección genital con el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente a nivel mundial. La evidencia científica acumulada ha permitido demostrar y describir de forma indiscutible que el cáncer de cuello uterino es una secuela de una infección persistente producida por ciertos genotipos del VPH (58).

Cáncer de mama

En relación a la incidencia del cáncer de mama la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), ha impulsado un estudio denominado "Epidemiología del Cáncer en Quito", que demuestra que estas manifestaciones del cáncer van en aumento (59). Este estudio establece la incidencia y el tipo de cáncer, con el fin de evaluar el desarrollo de esta enfermedad y ayudar a la toma de decisiones en cuanto a la prevención.

Según reporta este estudio el cáncer de mama avanza de forma importante debido a factores hormonales sumados a mala alimentación, no dar de lactar, obesidad, entre otros, ya que solo en un 30% se produce por factor hereditario (59). Pese a esto, la ENSANUT 2012 reporta que a nivel nacional un 87% ha oído hablar de cáncer de mama, a un 36.4% le han examinado los senos, a un 57.2% le han enseñado a auto examinarse los senos y un 14.5% se hizo una mamografía (34).

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata sigue en aumento, esta enfermedad inicia en pacientes de mayor edad y genera un mejoramiento de la esperanza de vida en los hombres. (60).

Un enfermo de cáncer tiene más probabilidades de sobrevivir o no a la enfermedad dependiendo del lugar donde se encuentra según el estudio publicado en la revista The Lancet, probablemente por la desigualdad en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento óptimos, para los hombres (60).

Según el Programa CONCORD – 2, Ecuador aumentó la supervivencia (% de supervivencia a 5 años) entre el período 1995 – 1999 al 2005 – 2009 en un 16% para cáncer de próstata, 14% para cáncer de mama y 2% para cáncer de cérvix. "Esto es atribuible al acceso a un diagnóstico temprano, a tratamientos óptimos de cirugía, radioterapia, quimioterapia, entre otros, y controles periódicos" (61).

Violencia basada en género

La violencia de género constituye una grave violación de los derechos humanos que atenta contra la libertad y pone en riesgo la integridad física, emocional, sexual y la vida de las personas que la viven. Además, limita el ejercicio de otros derechos relacionados con su desarrollo personal, sus posibilidades de participación social y su acceso a recursos y servicios (62).

La violencia de género se traduce histórica y socialmente, en violencia dirigida contra las mujeres (de todas las edades, culturas, etnias, religiones, ideologías, orientación sexual y sectores socioeconómicos), puesto que las afecta en forma desproporcionada con base en el rol femenino socialmente construido. Puede ser física, psicológica, sexual, formas combinadas y otras formas de coacción y privación de libertad (62).

En el Ecuador la violencia de género es un problema de salud pública; 6 de cada 10 mujeres ha sido víctima de algún tipo de violencia basada en género, de ellas el 54,9% han sufrido violencia psicológica, el 38% violencia física, el 35,3% violencia patrimonial y el 25, 7%, es decir 1 de cada 4 mujeres, han sufrido violencia sexual. A partir del tercer hijo, el 50,3% de las mujeres sufre violencia, mientras que a partir del cuarto hijo, la violencia sube al 60% de las mujeres. Las mujeres que se han

casado o unido por primera vez entre los 16 a 20 años son las que mayor violencia han vivido con el 70,5% (33). El 76% de mujeres que han vivido violencia han sido violentadas por sus parejas o ex-parejas (63).

Los embarazos en adolescentes menores de 14 años tienen una alta correlación con la violencia sexual, adicionalmente el sistema de salud y fiscalía registran que entre el 30% y 50% de los casos reportados sobre violencia física, sexual o psicológica corresponden a niñas, niños, adolescentes (64).

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, se exponen los efectos tanto físicos, como psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y largo plazo, que la violencia de pareja y violencia sexual causa a las víctimas supervivientes y a sus hijos, entre los más prevalentes se encuentran los siguientes (65):

- Consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio.
- El 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren daños físicos, psicológicos, y sexuales.
- Embarazos no deseados, aborto, muerte fetal, parto prematuro y recién nacidos con bajo peso al nacer y, en varias ocasiones, abortos provocados.
- Probabilidad 1,5 veces mayor de padecer problemas ginecológicos, infecciones de transmisión sexual como VIH/Sida y VPH, en algunas regiones.
- Trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, adicciones, sufrimiento emocional e intento de suicidio.
- Efectos en la salud física: cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.
- Incrementa el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida.
- Mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

Es importante resaltar que por su situación de vulnerabilidad, existen otros grupos de población que se encuentran en un riesgo mayor de ser víctimas de violencia de género, entre éstos se encuentran los adultos y adultas mayores, las personas con discapacidad, personas privadas de su libertad, y las personas de diferentes orientaciones sexuales o identidades de géneros, entre otros.

Población LGBTI(66)

Las políticas en el ámbito de salud han sido construidas desde un enfoque hetero-normativo que no han sido incluyentes de las necesidades y demandas de grupos de la diversidad sexual, generando brechas en el acceso a servicios y atención a la población lesbiana, gay, transexual, bisexual, intersexual - LGTBI, quienes generalmente son discriminados, estigmatizados, incomprendidos en los servicios de salud, por lo que prefieren no visibilizarse como tales y no acudir en búsqueda de atención en salud.

En el 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) publicó la primera investigación sobre condiciones de vida, inclusión social y derechos humanos de la población lesbiana, gay, bisexual, transexual e intersexual- LGBTI que contiene información sobre la salud de esta población (66):

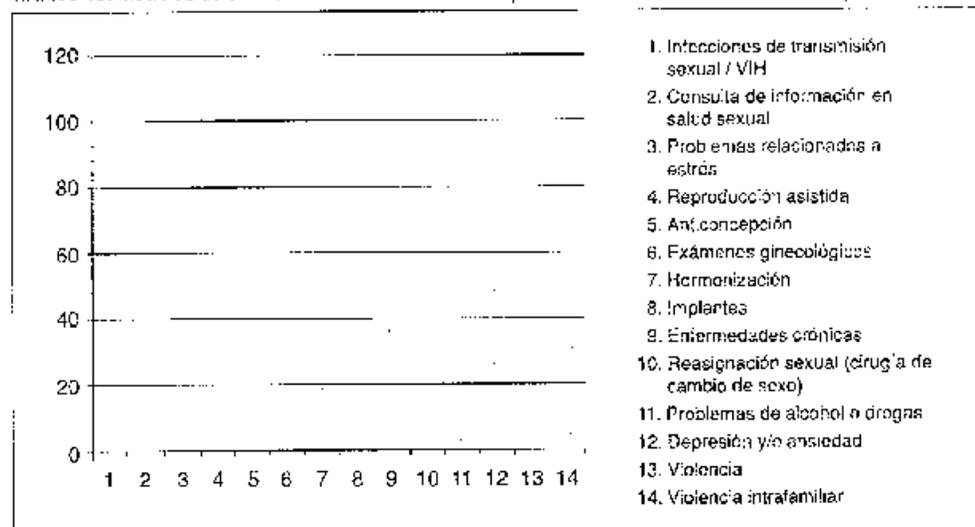
- El 55,1% de personas entrevistadas tuvo acceso a atención en salud en los últimos tres meses.
- El 84,1% tuvo al menos una atención durante el último año.
- El 13,4% accedió a atención en salud hace más de un año y 2% nunca ha asistido a servicios de salud.
- El 60,1% accedió a salud a través de establecimientos públicos y un 37,9% en establecimientos privados.

No existen datos de morbilidad específica, ni se indagó si las variables orientación sexual, identidad de género, prácticas sexuales, fueron tomadas en cuenta en las atenciones en salud como datos relevantes para garantizar una atención adecuada a las necesidades específicas de esta población. La orientación sexual no necesariamente es sinónimo de prácticas sexuales de riesgo (66).

Las encuestas realizadas en el estudio muestran que la mayoría de personas LGBTI que acceden a los servicios médicos, lo hacen con la gama habitual de problemas de salud observados en la población en general, y se aplican las recomendaciones de práctica rutinaria. Sin embargo, hay determinados temas de salud que se debe considerar para garantizar una atención integral acorde a las necesidades específicas de cada usuario/a (67).

En un análisis de la situación de salud de la población LGTBI, realizado por el MSP en el 2014, se investiga sobre los motivos de consulta más frecuentes, obteniéndose la siguiente información (gráfico No. 10):

Gráfico 10. Motivos de consulta más frecuentes de la población LGBTI



Fuente: MSP
Elaborado: Dirección de Vigilancia Epidemiológica

Adicionalmente, las personas LGBTI enfrentan los riesgos de la violencia homofóbica a todo nivel, incluso en el entorno familiar: el 70,9% reportó que vivieron alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia (66).

Las personas LGBTI tienden a utilizar menos los servicios de salud por temor a encontrar actitudes homofóbicas por parte del personal de salud. La formación y capacitación del personal de salud, no suele incorporar un enfoque integral de la atención sanitaria de las personas LGBTI, lo que ha dado lugar a una falta de competencias técnicas en esa esfera, dificultando brindar información y servicios adecuados.

Adolescentes, salud sexual y salud reproductiva

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, tiene como uno de sus enfoques centrales el de Inter-generacionalidad, que implica brindar atención oportuna, de calidad, de acuerdo a la realidad, necesidades y demandas de cada uno de los grupos etarios.

Desde esta perspectiva, la vivencia de la sexualidad y los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes, es una tarea que debe ser abordada desde varias dimensiones que comprometen al Estado y a la sociedad, para desarrollar colectivamente una cultura de corresponsabilidad en el ejercicio de derechos.

De acuerdo al Censo 2010, el 20.5% de la población ecuatoriana es adolescente (2 958 879): el 10.6% son adolescentes tempranos y el 9.8 adolescentes tardíos. El 49% mujeres, el 51% hombres; el 60.6% reside en área urbana y el 39.4% en área rural. Cuatro de cada diez en área urbana y 8 de cada 10 en área rural son pobres; cerca de la mitad de ellos viven en condiciones de extrema pobreza (35).

Las principales causas de morbilidad en adolescentes tempranos de 10 a 14 años corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes, violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y salud reproductiva (SSSR). La mortalidad en este grupo fue causada por accidentes de tránsito, ahogamiento y lesiones auto infringidas (68).

En el grupo de adolescentes tardío de 15 a 19 años, la morbilidad se liga a patologías relacionadas a salud sexual y salud reproductiva, otras quirúrgicas y las relacionadas con violencia. La mortalidad se liga en un 50% a accidentes de tránsito, violencia, lesiones auto infringidas y ahogamiento. Para las adolescentes mujeres la causa más común de muerte es el suicidio y las lesiones de tránsito para adolescentes hombres (10).

Si analizamos las altas tasas de embarazo en adolescentes que afronta nuestro país, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección. Los datos a continuación nos demuestran la necesidad de una intervención intersectorial, intra e interinstitucional (34).

- El 39,2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado su vida sexual activa. La edad de la primera relación sexual es de 18,4 años, siendo menor en afroecuatorianas 16,9 en la de los quintiles 1 y 2 y, en las mujeres de la Amazonía, 17 años.
- Un 18,3% de mujeres entre 15 y 19 años, ya tiene un hijo, cifra que ha aumentado en cinco puntos porcentuales de 13,3% comparado con la ENDEMAIN 2004 (69).
- Información sobre sexualidad y SSSR (mujeres de 15 a 24 años), es mayor en mujeres con mayor nivel de instrucción, sobrepasa el 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior. La información sobre anticoncepción de emergencia es menor a los otros temas en todos los niveles de instrucción.
- La principal fuente de información en temas de sexualidad es la escuela y el colegio.
- Edad de la pareja, en las menores de 15 años, el 31,5% tuvo su primera relación sexual con una persona de 15 a 17 años, el 26,6% con una persona de 20 a 24 años, el 22,6 con personas de 18 a 19 años y el 9,1% con una persona mayor de 24 años. (el 89,9 % de adolescentes menores de 15 años tuvo relaciones sexuales con personas mayores).
- El 67,7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones del no uso son: no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos y no pudo conseguirlos.
- Las mujeres se embarazaron antes de los 15 años. La mayoría, el 27,3%, fue con una pareja de 15 a 17 años, el 26,8% entre 20 a 22 y el 7,8% con personas de 30 años o más.
- El 7,5% de embarazos en menores de 15 años termina en abortos.
- El 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar.

Considerando que la sexualidad, la salud sexual y salud reproductiva son componentes centrales en la definición de la identidad de los y las adolescentes y jóvenes, es de vital importancia que cuenten con los elementos necesarios para que la puedan vivir con plenitud y responsabilidad, sobre todo en esta etapa de formación, de aprendizaje y de generación de condiciones para su empoderamiento y autonomía.

Según el MAIS y a la Guía de Supervisión "Salud de Adolescentes" del MSP, la atención a adolescentes será integral: biopsicosocial, y familiar con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios y estrategias educacionales acorde a sus intereses y necesidades socioculturales (70). La atención a adolescentes debe garantizar, entre otros, los siguientes derechos (71):

- A la privacidad y confidencialidad.
- A ser escuchado y tomado en cuenta (consentimiento).
- A no ser discriminado y a recibir atención libre de prejuicios.
- A recibir información veraz y oportuna.
- A acudir a la consulta solo, o decidir que alguien le acompañe y quien debe hacerlo.
- A ser respetado en la evolución de sus facultades: cada adolescente tiene derecho a decidir, sin la necesidad de la presencia o autorización de padres, madres o representantes legales, lo

que se conoce como "Autonomía progresiva que se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión".

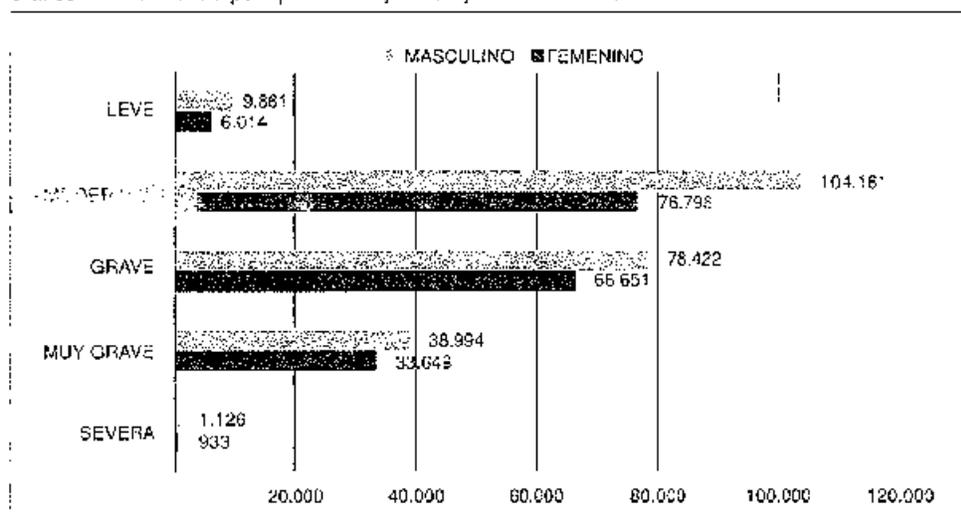
Los aspectos relacionados a embarazo en adolescentes han sido tratados en el acápite correspondiente.

Salud Sexual y Salud Reproductiva en Personas con Discapacidad

En todo el mundo, las personas con discapacidad presentan indicadores que expresan la inequidad y discriminación en la que viven, que se refleja en su situación de salud y atención a sus necesidades diferenciadas, en una menor participación económica e índices más altos de pobreza, que las personas sin discapacidad. Esta evidencia es la consecuencia de las barreras económicas, sociales y culturales, que limitan el acceso de las personas con discapacidad a servicios considerados universales, en particular la atención en salud, la educación, el empleo, el transporte, la participación activa en los espacios de toma de decisiones, el acceso a la información. Estas dificultades se exageran entre las comunidades que viven en situación de mayor vulnerabilidad (72).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública tiene un registro de 416.607 personas con discapacidad. De este grupo 184.043 (44,17%) son mujeres y 232.564 (55,82%) son hombres (72).

Gráfico 11. Prevalencia por tipo de discapacidad y sexo en el Ecuador



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016

"La incidencia de la violencia evidencia más altas cifras entre las mujeres que señalan tener algún tipo de discapacidad permanente con respecto a aquellas que no las tienen, evidenciando una doble desigualdad por las construcciones de género y por su condición de personas con discapacidad" (73).

En los países menos desarrollados, entre 15 y 20 millones de mujeres por año, presentan discapacidades debidas a complicaciones del embarazo y el parto. La gran mayoría de los 8 millones de muertes perinatales, que se producen cada año en estos países, están relacionados con problemas de salud

materna, atención inadecuada del parto. Se estima que un trabajo de parto prolongado u obstruido causa asfisia en un 3% de nacidos vivos, lo que resulta en la muerte de casi el 25%, y daño cerebral en el otro 25% (74).

Salud sexual en el adulto mayor(75)

La atención al adulto mayor ha alcanzado logros notables, aunque en el análisis de la sexualidad en esta población persisten actitudes prejuiciadas muy similares a las que existían en siglos anteriores y que tienden a rechazar o ignorar la existencia de la actividad sexual en la tercera edad.

En el abordaje de la sexualidad en adultos mayores, se evidencian dos situaciones:1) la indirecta asociación establecida entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que sólo es "normal" la actividad sexual durante la edad reproductiva y, por lo tanto las y los adultos mayores, no tienen por qué practicarla; y, 2) la existencia del prejuicio que asocia la enfermedad a la vivencia de los adultos mayores que se refleja en el tipo de servicios y actitudes del personal destinados a la atención de esta población.

La política pública para la población adulta mayor se fundamenta en un enfoque de derechos, que considera esta etapa como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable. Define tres ejes de política pública (76):

- Inclusión y participación social, considerando a los adultos mayores como actores del cambio;
- Protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social;
- Atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación.

7. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

7.1 Agenda Social (18)

La Agenda de Desarrollo Social constituye un nivel intermedio de planificación y asegura un puente entre la visión global y estratégica que posee el Plan y las políticas sectoriales de cada ministerio.

La Agenda de Desarrollo Social constituye el eje fundamental que orienta la política pública de las instituciones coordinadas hasta el 2017. Es un documento que integra las políticas sectoriales e intersectoriales que, para su concreción, requieren de la intervención conjunta y sistémica que garantice la gestión adecuada de los servicios sociales, especialmente enfocada en los sectores de mayor vulnerabilidad.

La política pública que se ha construido y se recoge en esta Agenda plantea una visión de derechos que pretende alcanzar el Buen Vivir, previsto en nuestra Constitución y que requiere de varios esfuerzos articulados y transformadores.

Para garantizar que las personas en condición de pobreza tengan acceso a servicios sociales y desarrollo de capacidades, el Estado Ecuatoriano pretende consolidar el sistema de equidad e inclusión social, que brinde servicios de calidad de salud, educación y vivienda digna.

La Agenda se organiza en cuatro ejes, que son ámbitos ordenadores de las políticas, tanto intersectoriales como sectoriales, y que brindan cohesión e integralidad a las mismas. Se han formulado cuatro ejes: 1) Red, acceso y territorio; 2) Calidad de los servicios; 3) Prevención y Promoción; y, 4) Ocio, plenitud y disfrute.

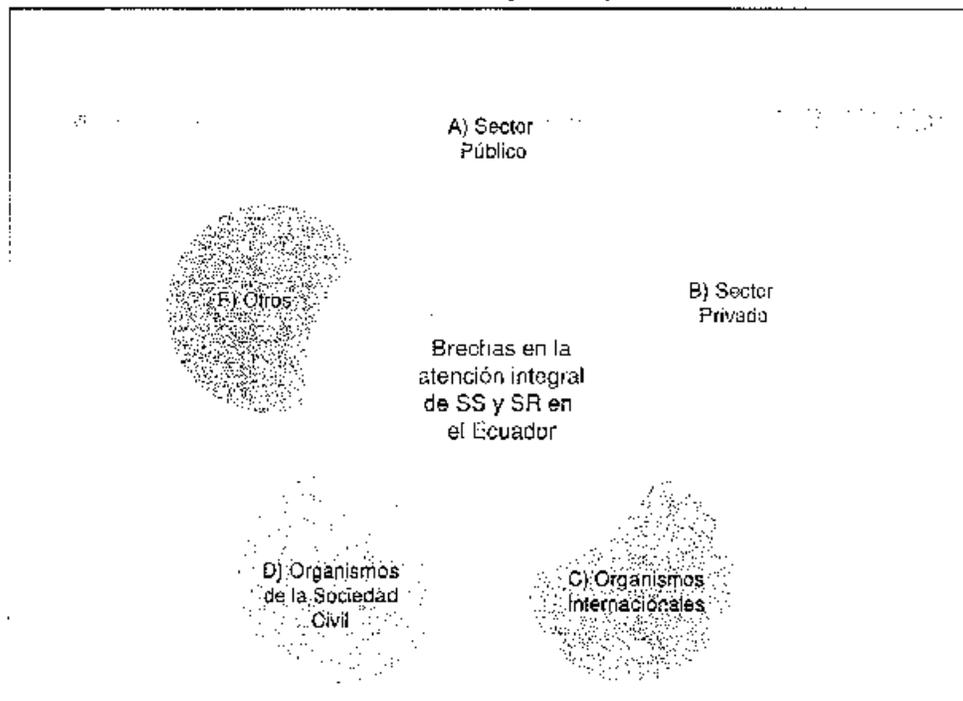
También en base a estos ejes, los ministerios y viceministerios del sector han formulado las políticas de sus sectores y sus estrategias, que se alinean a las políticas intersectoriales, de manera que hay una coherencia desde las actividades y proyectos planteados por las instituciones, con los objetivos y metas de la Agenda, las cuales a su vez están articuladas al Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017, que a su vez contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

7.2 Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Se realizó un mapeo de actores considerando sus intereses, necesidades, objetivos comunes, sus interacciones y su capacidad política de influir sobre las decisiones que se tomen respecto del Plan.

Los principales actores identificados fueron:

Gráfico 12 Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva



Fuente: Grupo de Redacción

A) Sector Público

Presidencia de la República
Asamblea Nacional del Ecuador
Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
Ministerio de Salud Pública
Ministerio de Inclusión Económica y Social
Ministerio de Educación
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
Red Pública Integral de Salud - RPIS (IESS – ISSPOL – ISSFA)
Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS
Consejo Nacional para la Igualdad de Género
Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades del Ecuador
Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria- ARCSA
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada- ACCESS
Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT
Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES
Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia

B) Sector Privado

Red Complementaria de Salud
Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana – APROFE
Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar - CEMOPLAF
Sociedad de Lucha contra el Cáncer –SOLCA
Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador - ACHPE
Sociedades Científicas
Federación Nacional de Obstétricas y Obstetras del Ecuador FENOE
Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia del Ecuador FESGO
Federación Internacional de Adolescentes FIPA, Capítulo Ecuador
Empresas de medicina pre pagada
Aseguradoras privadas

C) Organismos internacionales

Organización Mundial de la Salud - OMS
Organización Panamericana de la Salud - OPS
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas – UNICEF
Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y la Malaria - FMSTM
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA
Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer - ONU MUJERES
Organismos Andino de Salud Hipólito Unzué ORAS CONHU.

D) Organizaciones de la Sociedad CIVIL

Acuerdo Nacional de Jóvenes

CARE

Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH

Red de Jóvenes Positivos

Corporación Kimirina

Junta de Beneficencia de Guayaquil

Red Nacional de Trabajadoras Sexuales – RedTrabSex

Red Trans del Ecuador

Siluetas X

Fundación CAUSANA

Movimiento de Mujeres

Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas – OEML

Servicio de Paz y Justicia – SERPAJ

Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos - SURKUNA

Fronto de Derechos Sexuales y Reproductivos (CEPAM-SENDAS- DESAFIO)

Red de Universidades Públicas

Red de Universidades Privadas

Federación de Estudiantes Secundarios del Ecuador

E) Otros

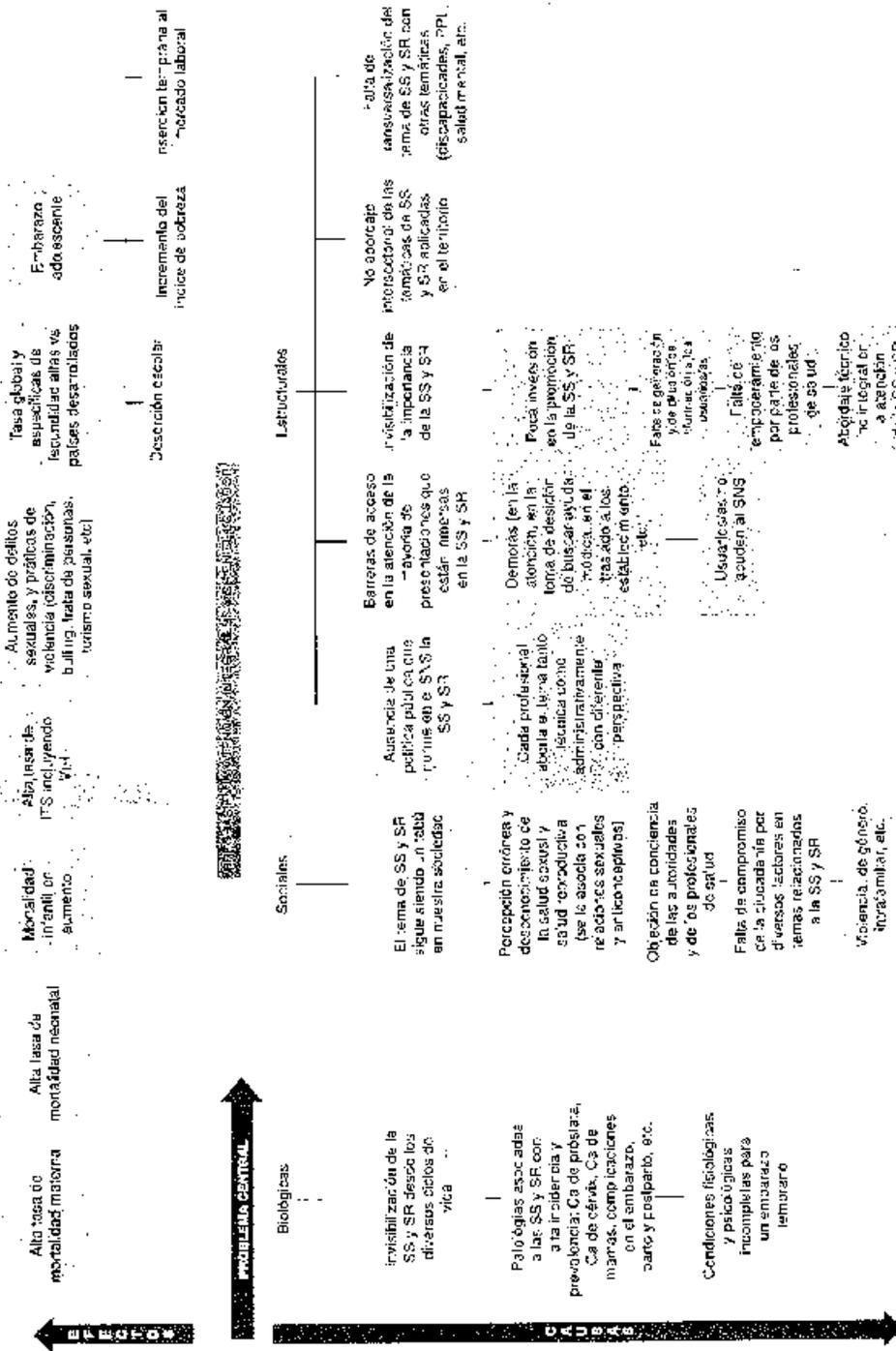
Plan Familia Ecuador

8. PLANTEAMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

El Ministerio de Salud Pública realizó un proceso de identificación de problemas prioritarios en salud sexual y salud reproductiva, sus causas y efectos. Una vez realizado este análisis se convirtió los estados negativos del árbol de problemas en soluciones.

Estos estados se presentan en los diagramas de problemas y objetivos, que se muestran a continuación:

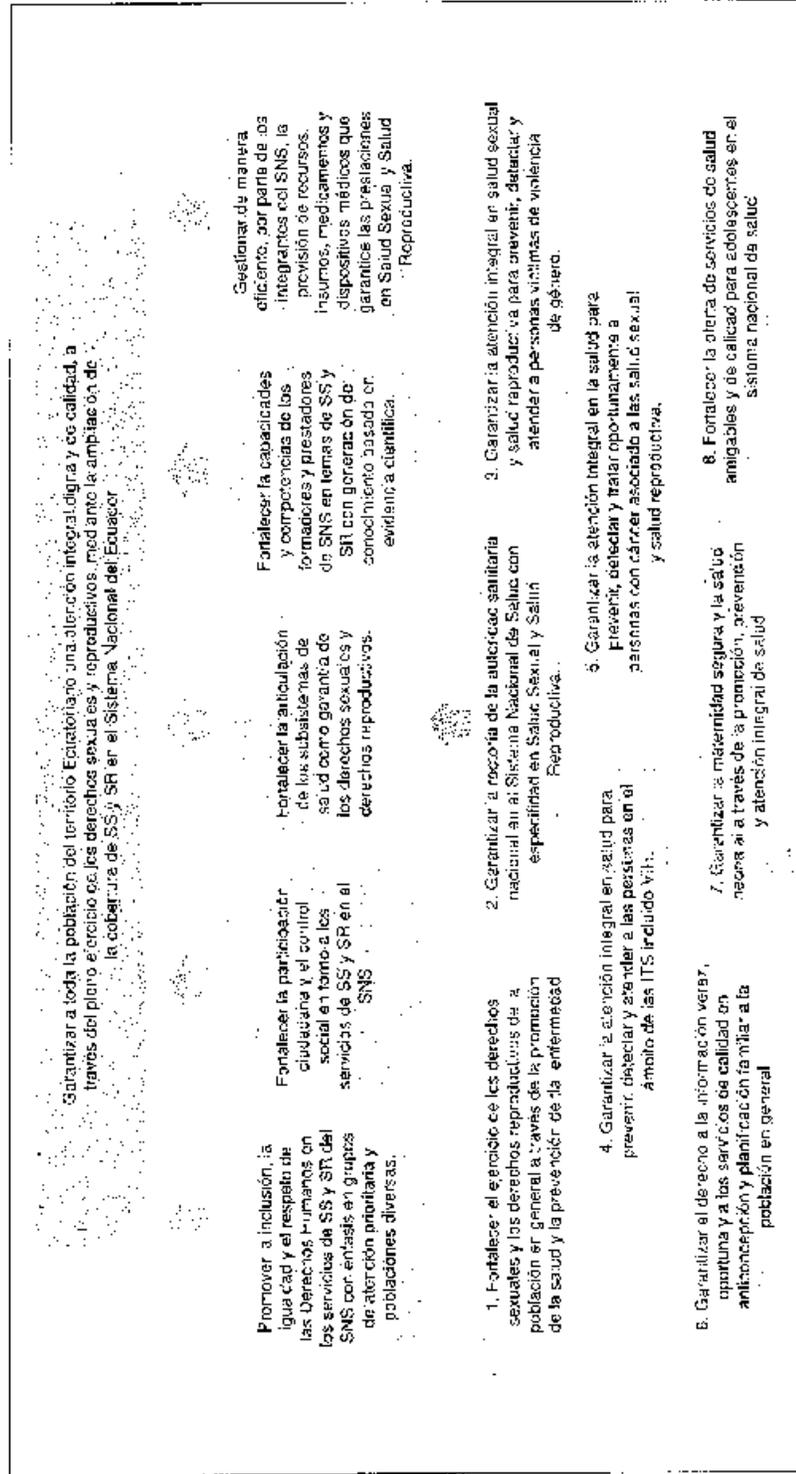
8.1 Árbol de Problemas



6.3 Estructura Analítica

Realizado el análisis de los diagramas anteriores, se identificó, formó y consensó acciones para solucionar el problema planteado. Estas alternativas de solución, se resumen a continuación:

Gráfico 13. Estructura analítica



Fuente: Grupo de Redacción

8.4 Objetivo General

"Garantizar a toda la población del territorio ecuatoriano una atención integral y de calidad, a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador".

Alcanzar este objetivo general en los próximos 5 años va a requerir del cumplimiento de una serie de precondiciones necesarias que deben cumplirse para acercarnos a la visión de cambio planteada para el largo plazo.

Estas precondiciones necesarias se convierten entonces en los objetivos específicos del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

8.5 Objetivos Específicos

- Promover la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en grupos de atención prioritaria y poblaciones diversas.
- Fortalecer la participación ciudadana y el control social en torno a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.
- Fortalecer la articulación de los subsistemas de salud como garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Fortalecer las capacidades y competencias de los formadores y prestadores del Sistema Nacional de Salud en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, con generación de conocimiento basado en evidencia científica.
- Gestionar de manera eficiente, por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, la provisión de recursos, insumos, medicamentos y dispositivos médicos que garantice las prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Estos objetivos específicos a su vez, para concretarse, necesitan definir áreas estratégicas y líneas de acción donde se invertirán los recursos no solo financieros, sino también humanos y técnicos disponibles y en forma progresiva.

Estas líneas de acción deberán ser incluidas en los planes operativos anuales de programas, proyectos, Direcciones Nacionales del Ministerio de Salud Pública y de cada miembro del Sistema Nacional de Salud involucrados en la ejecución del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Además es necesario mencionar que la gestión del presente Plan será a través de las Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales de Salud.

8.6 Lineamientos estratégicos y líneas de acción

Los lineamientos estratégicos y líneas de acción identificadas en el proceso analítico se detallan a continuación:

Lineamiento Estratégico 1:

Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población en general, a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Lineas de acción:

- 1.1 Brindar atención de calidad adecuada, oportuna y sin discriminación a personas con orientación sexo genérico diversa.
- 1.2 Fomentar la participación y corresponsabilidad ciudadana para el cumplimiento y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Lineamiento Estratégico 2:

Garantizar la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en el Sistema Nacional de Salud con especificidad en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lineas de acción:

- 2.1. Asegurar la atención integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud, en el marco de las normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 2.2 Asegurar que los procesos formativos para talento humano en salud estén alineados a la normativa en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- 2.3 Asegurar la articulación interinstitucional en el Sistema Nacional de Salud en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- 2.4 Construir el sistema único de información en Salud Sexual y Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

Lineamiento Estratégico 3:

Garantizar la atención integral en salud sexual y salud reproductiva para prevenir, detectar y atender a personas víctimas de violencia de género.

Lineas de acción:

- 3.1 Prevenir, detectar y atender de manera integral a personas víctimas de violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.

Lineamiento Estratégico 4:

Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y atender a las personas en el ámbito de las Infecciones de Transmisión Sexual incluido VIH.

Lineas de acción:

- 4.1 Prevenir, detectar y atender de manera integral las Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lineamiento Estratégico 5:

Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y tratar oportunamente a personas con cáncer asociado a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lineas de acción:

- 5.1 Garantizar el acceso a prestaciones integrales para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de cánceres asociadas a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Lineamiento Estratégico 6:

Garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general.

Lineas de acción:

- 6.1 Fortalecer la asesoría en anticoncepción y planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a los enfoques del MAIS.
- 6.2 Garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción y planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a los enfoques del MAIS.

Lineamiento Estratégico 7:

Garantizar la maternidad segura y la salud neonatal a través de la promoción, prevención y atención integral en salud.

Lineas de acción:

- 7.1 Fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el Sistema Nacional de Salud.
- 7.2 Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto terapéutico o por violación en caso de discapacidad mental.
- 7.3 Mejorar la vigilancia e investigación de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
- 7.4 Fortalecer el manejo de emergencias obstétricas y neonatales.

Lineamiento Estratégico 8:

Fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el Sistema Nacional de Salud.

Lineas de acción:

- 8.1 Asegurar a los y las adolescentes servicios de atención en salud integral, diferenciada, amigable y de calidad.
- 8.2 Asegurar a los y las adolescentes el acceso a servicios de salud integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

8.7 Definición de indicadores, fichas técnicas y matriz estratégica

La construcción de los indicadores se realizó considerando los ocho lineamientos estratégicos definidos y sus diecisiete líneas de acción. Cada lineamiento estratégico fue analizado y revisado, tanto por el MSP como por los subsistemas de la RPIS.

Las diferentes instancias del MSP, según su responsabilidad, completaron la información relacionada con los medios de verificación, fuentes de información, línea base, metas y presupuesto programado.

Cada indicador cuenta con una ficha metodológica, la cual ha sido codificada según el orden de los indicadores que constan en la matriz de indicadores (véase Anexo 1). Estas fichas metodológicas se encuentran como un anexo al presente documento (véase Anexo 2).

La medición de cada uno de los indicadores está a cargo de las instancias responsables, las mismas que se muestran en la matriz de indicadores, en la columna "Instancia del SNS responsable del indicador y fuente de la línea base".

El reporte de la información, así como el análisis y procesamiento de los indicadores anclados al PNSSSR, se realizará conforme al modelo de gestión y al acuerdo ministerial que aprueba el presente Plan.

9. IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

9.1 Implementación del Plan

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador respondiendo al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como Autoridad Sanitaria Nacional, da respuesta a la necesidad de brindar atención en salud sexual y salud reproductiva a mujeres y hombres de todas las edades.

Para alcanzar esta meta, uno de los objetivos del Ministerio de Salud Pública es la actualización del marco normativo y la optimización de procesos que permitan a la Autoridad Sanitaria Nacional contar con estándares clínicos de gestión y calidad en la prestación de servicios de atención en salud sexual y salud reproductiva.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, responde a la integralidad del servicio, asesora a las y los profesionales de la salud en el uso de herramientas que den cuenta de la atención que se brinda a las personas que acceden a los servicios de salud sexual y salud reproductiva y por lo tanto requiere un sistema de monitoreo y evaluación de su implementación y cumplimiento.

Este requerimiento va de la mano con la necesidad de recopilar estadísticas sobre la atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva, que lleven a la conformación de un sistema de registro nacional estandarizado y comparable. De esta forma se facilita el acceso permanente a información que dé cuenta de la implementación de este Plan Nacional y a su vez permita el análisis en los equipos de

salud a nivel local, retroalimentando permanentemente la información con los niveles distrital, zonal y nacional.

Contar con la información en reportes periódicos permitirá el intercambio enriquecedor, entre las instancias del Ministerio de Salud Pública y los demás subsistemas de Sistema Nacional de Salud; responsables de garantizar atención integral oportuna, de calidad, basada en evidencia científica, a las personas que demandan atención en salud sexual y salud reproductiva.

El sistema de monitoreo y evaluación brindará información muy valiosa sobre la implementación del Plan Nacional, que visibilizará la manera de abordarlo, facilitará la toma de decisiones, permitirá una respuesta oportuna a las necesidades de las personas que acuden a los servicios de salud, y permitirá la mejora en la calidad de estos servicios.

9.2 Monitoreo y Evaluación

El objetivo es contar con un Sistema de Monitoreo y Evaluación de la implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que permita:

- a. Monitorear el cumplimiento de los procedimientos de implementación del Plan, a través de la medición de indicadores clave para cada uno de los procesos.
- b. Evaluar los avances y limitaciones del proceso, para establecer los correctivos necesarios que permitan garantizar una atención de calidad en salud sexual y salud reproductiva a todas las personas.
- c. Generar información periódica, veraz, de calidad, que evidencie el análisis en torno a la salud sexual y salud reproductiva en los establecimientos de salud, que facilite la toma de decisiones.

En este marco, el monitoreo y la evaluación deben ser parte integral de toda intervención en materia de salud sexual y salud reproductiva, y no actividades separadas o secundarias. Es de vital importancia que desde el comienzo, y a lo largo de todo el proceso se incorporen planes para el monitoreo y la evaluación.

El **monitoreo** (77) es la acción que permite desarrollar un seguimiento sistemático y permanente sobre la implementación de las actividades y el uso de los recursos. Es una función de la gestión dirigida a monitorear qué tipo de servicios se prestan, cuántos servicios se producen, dónde y quién los ha recibido. A diferencia de la evaluación, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de las acciones y constituye un insumo indispensable para la gestión estratégica, operativa, y la toma de decisiones. Se identifican dos momentos:

- Monitoreo de proceso: determina qué recursos se han utilizado y cuáles han sido los productos obtenidos.
- Monitoreo de resultado: determina los resultados logrados.

La **evaluación** (77) es el proceso que busca contrastar los resultados reales de los planes estratégicos y operativos con lo que se planeó en el momento de su diseño. Es la apreciación sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica

y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad. Deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones. Está dirigida a analizar lo que se ha conseguido y cuáles han sido los factores de éxito o fracaso. Se identifican dos momentos:

- Evaluación de proceso: determina el nivel de implementación de un programa, incluyendo obstáculos / facilitadores de su implementación, si se alcanzó la población apropiada.
- Evaluación de resultado: determina los cambios / efectos que tuvo el programa / actividades en la población meta.

El **monitoreo y la evaluación**, son funciones ineludibles de la planificación, no se puede planificar si no se conoce la realidad sobre la cual incidir y los resultados de las intervenciones realizadas. El monitoreo y la evaluación, observan y analizan los resultados obtenidos en una gestión, para determinar si la acción programada y ejecutada consiguió los objetivos propuestos y/o en qué medida los alcanzó.

El mayor potencial del uso del sistema de monitoreo y evaluación para la implementación del Plan, radica en su incorporación en los procesos de adopción de decisiones sobre las políticas, programas y planes de salud concebidos en el marco de la producción de conocimientos útiles para mejorar los resultados obtenidos y la salud de la población. De ahí la necesidad de articular estrategias y mecanismos de difusión y divulgación de los resultados, para poner la información a disposición de los usuarios y usuarias del sistema. Para ello, se hace uso de varios elementos:

- Matriz Estratégica del Plan Nacional de Salud: que contiene un conjunto de indicadores, clasificados por estrategia y línea de acción (17 líneas de acción que contienen un conjunto de 60 indicadores), que permite analizar con mayor precisión y objetividad los avances en el cumplimiento de los objetivos y metas.
- Indicadores: que miden productos, resultados e impacto.
- Metas: que cuantifican y determinan el alcance del logro previsto, considerando como punto de partida la línea de base en los casos que existe.
- Análisis de otros factores internos y externos al sistema, mediante el uso de técnicas que faciliten sintetizar su interacción con los resultados obtenidos.

Ambos procesos, monitoreo y evaluación, deben realizarse de forma objetiva, basados en evidencia, con datos confiables y en forma oportuna. Forman parte del proceso de aprendizaje colectivo para lograr sistematizar las experiencias exitosas y no replicar los errores.

En el caso del proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSSR), la evaluación indicará que pueden haber resultados intermedios, que se encontrarán reportados desde el monitoreo; al evidenciar las actividades, procesos y protocolos que se han implementado para brindar atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

La aplicación de los protocolos de atención; el conocimiento y aplicación de los flujogramas por parte del personal de salud, pueden ser resultados intermedios; institucionalizar el análisis de la información

sobre la atención en salud sexual y salud reproductiva, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, y desde ahí tomar decisiones de política pública, puede ser un resultado de impacto; así como el que todas las personas que acuden a los establecimientos de salud tengan una percepción satisfactoria de la atención recibida en torno a su salud sexual y salud reproductiva, esto implica un cambio fundamental en los procesos de atención de estos establecimientos.

Al identificarse los objetivos del trabajo, también es necesario garantizar que se puedan medir con los recursos disponibles. La evaluación no es algo que pueda postergarse hasta que la intervención ya esté en marcha, dado que por lo general exige datos de base que puedan utilizarse para medir el cambio a lo largo del tiempo.

El monitoreo y la evaluación no es un mero requisito, sino que constituyen la única manera de asegurar que las estrategias, normas, planes y programas funcionen. La función esencial de la evaluación es determinar si la implementación del PNSSSR es eficaz y determinar los mecanismos por los que se puede mejorar, buscando maneras creativas para superar las limitaciones, involucrando el análisis de las capacidades, recursos técnicos y políticos invertidos, así como los resultados específicos de su implementación.

Nos obliga a analizar las condiciones materiales en las que se está implementando el PNSSSR y que en muchas ocasiones limitan el poner en práctica un sistema de monitoreo y evaluación. El carecer de personal con experiencia en la atención integral en salud sexual y salud reproductiva, así como el carecer de espacios de análisis y reflexión sobre la información con la que se cuenta, una deficiente recolección de la información, por el uso inadecuado de los instrumentos de recolección y análisis de la información, serán factores limitantes que deberán tomarse en cuenta y encontrar los correctivos necesarios para evidenciar y superar estas limitaciones.

La implementación de este Plan Nacional, implica adoptar un enfoque sistémico, lo cual significa impulsar cambios en todos los niveles del SNS, para poder proteger la salud, la seguridad y el bienestar de las usuarias y usuarios de los establecimientos de salud. Por ello para iniciarlo se requiere la constatación del estado de la infraestructura física, el equipamiento, los protocolos y procedimientos establecidos; el flujo de pacientes; las redes de referencia, los sistemas de recopilación de datos; la capacitación al personal de salud para brindar una atención integral.

En síntesis, fortalecer los recursos físicos y humanos, fortalecer las normativas, lograr una articulación adecuada al interior del MSP y con la RPIS; y, los procesos de Calidad, Estadística, Vigilancia Epidemiológica, Participación y Promoción de la Salud para enfrentar de manera corporativa e integral la atención en salud sexual y salud reproductiva, son los mecanismos que permitirán al MSP como Autoridad Sanitaria Nacional garantizar el derecho a la salud y la vivencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Para la gestión operativa, el monitoreo de implementación del Plan lo realizarán las coordinaciones zonales y las direcciones distritales, la implementación se realizará en el territorio y la evaluación será responsabilidad de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

10. MODELO DE GESTIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para implementación del presente Plan en el Sistema Nacional de Salud se requiere definir un modelo de gestión que articule los procesos y las líneas de acción en armonía con los mandatos de la Constitución, los lineamientos del MAIS, y el Convenio Marco entre el MSP y la RPIS.

El 10 de abril de 2015, el Ministerio de Salud Pública y las autoridades que representan las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), suscribieron el convenio marco interinstitucional que tiene por objeto *"Establecer las directrices y los mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse las partes para la operación articulada de la Red Pública Integral de Salud"*.

El convenio marco interinstitucional se deriva del mandato dispuesto en el Art. 360 de la Constitución de la República que dispone: *"La Red Pública Integral de Salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social, y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad"*.

La implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 se establecerá de acuerdo a la coordinación interinstitucional que existe entre los miembros de la RPIS, de manera que se oferten servicios de salud sexual y salud reproductiva en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. En el marco del Subcomité de Gestión de la RPIS, se crearán sub-comisiones, acorde a las necesidades que amerite la implementación del PNSSSR.

Para el efecto, el Ministerio de Salud Pública a través de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, específicamente de la Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, será la instancia responsable de liderar el seguimiento de la implementación del PNSSSR 2017 – 2021. Será su responsabilidad articular y coordinar acciones en salud sexual y salud reproductiva entre las diferentes instancias del MSP y de la RPIS que tienen entre sus competencias temas relacionados con los derechos sexuales, derechos reproductivos, salud sexual y salud reproductiva. Para este fin, elaborará un documento con lineamientos claros para la operativización del presente Plan.

A nivel desconcentrado la gestión del PNSSSR replicará la organización generada a nivel nacional, o con las instancias equivalentes.

11. ARTICULACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y AL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013-2017

11.1 Principios fundamentales del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Este Plan considera principios universales necesarios en el desarrollo y la construcción del bienestar:

Principio 1. DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS, fundamentales, de carácter universal, indivisible, intransferible e inalienable, razón por la cual es fundamental que el Estado garantice las condiciones para su pleno ejercicio.

Principio 2. EQUIDAD, la equidad se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud. Toda la ciudadanía debe tener acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo a su necesidad, sin restricción alguna relacionada con la etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva.

Principio 3. RESPETO A LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA, en todos los aspectos relacionados a la salud sexual y salud reproductiva se deben respetar los cuatro principios de la bioética como son autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; en especial, el principio de no maleficencia (*primum non nocere*) que significa abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. El criterio ético fundamental de la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bienestar verdadero e integral como es la dignidad de la persona.

Principio 4. PARTICIPACIÓN SOCIAL, es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación, se deberá promover la vinculación efectiva de la población y de este modo garantizar que la salud responda a las necesidades sentidas de los grupos sociales, de asociaciones de pacientes, sociedades científicas y de la sociedad civil.

Principio 5. CONFIDENCIALIDAD, garantizar la confidencialidad es un deber ético de los servicios de salud y de cada uno de los miembros del equipo de salud; se orienta a todos los aspectos de la atención en salud y a todas las personas, sin importar la edad. De manera particular en los aspectos relacionados con la sexualidad y la salud sexual y salud reproductiva de las personas. Este derecho incluye a los y las adolescentes. La confidencialidad va íntimamente ligada al respeto a la intimidad y a la privacidad como una condición para evitar que terceros conozcan la información que la persona revela al profesional que la atiende, que en el marco de la consulta adquiere el carácter de secreto profesional.

11.2 Alineación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En relación a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva contribuye al logro del Objetivo 3, que hace referencia a: *Garantizar una vida sana y*

promover el bienestar para todos en todas las edades”, y la meta 3.7 busca “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (3).

También contribuye al Objetivo 5 “lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, a las metas 5.1 “Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo”, 5.2 “Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”, 5.6 “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen” (3).

11.3 Alineación con el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017

La Política Nacional de Salud está inscrita en el Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017 (13).

Tabla 1. Alineación con Objetivos y Metas del Plan Nacional para el Buen Vivir

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

3.4 Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.

3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Fuente: Grupo de Redacción

Este Objetivo del Plan Nacional para el Buen Vivir, implica diversas responsabilidades para cada sector, pues para lograr el cierre de brechas, la eliminación de barreras y la equidad social, es fundamental la generación de responsabilidades específicas en los objetivos nacionales que deben cristalizarse a partir de las agendas sectoriales y de los instrumentos que se generen con este objeto.

En este sentido, la Política Nacional de Salud incluida en la Agenda de Desarrollo Social 2013-2017 tiene 3 macro ejes, cada uno con sus diversos lineamientos, éstos son:

- Garantizar el acceso universal a la salud a toda la población, con características de integralidad, suficiencia, excelencia y calidad, basado en la Atención Primaria de Salud y centrada en las personas en los planos de la atención individual y las intervenciones colectivas.

- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud como un medio institucional para la construcción del Buen Vivir.
- Promover la construcción del poder ciudadano desde el fortalecimiento de los procesos participativos en salud.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021, se correlaciona con cada uno de los tres macroejes citados pues aporta a la generación de mecanismos que garanticen el acceso universal a la salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva con características de integralidad, suficiencia, excelencia y calidad, basado en la Atención Primaria de Salud y centrado en las personas en la atención individual y las intervenciones colectivas. Aporta al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y a la construcción del Buen Vivir y plantea la generación de mecanismos de participación y poder ciudadano.

En resumen, este Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva está definido en el contexto de un marco legal claro y suficiente que ampare las diferentes acciones a proponerse. También cuenta con un marco conceptual actualizado y vigente desde los enfoques del MAIS y con principios fundamentales universales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008th ed. Quito; 2008.
2. Cairo CE. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. In ; 1994; El Cairo.
3. CEPAL NU. Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. In Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe; 2016; Santiago de Chile.
4. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS) Quito; 2012.
5. Ecuador ANd. Asamblea Nacional del Ecuador - Ley Orgánica de Salud y su Reglamento - Decreto 1395. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.fielweb.com.
6. Ecuador ANd. Ley Orgánica de Participación Ciudadana - Ley 0 - Registro Oficial 175 Quito: Lexis; 2010.
7. Ecuador ANd. Ley Orgánica de Educación Intercultural - Registro Oficial 572 Quito: Lexis; 2011.
8. Ecuador ANd. Ley Orgánica de Discapacidades - Registro Oficial 796 Quito: Lexis; 2012.
9. Ministerio de Justicia DHyC. Código Orgánico Integral Penal Quito: 2014.
10. Asamblea Constituyente. Código de la Niñez y la Adolescencia. 737th ed. Quito; 2003.
11. Ecuador HCNd. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia Quito; 2006.
12. Pública MdS, Consejo Nacional de Salud. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Quito: CONASA; 2007.
13. Senplades. Plan Nacional del Buen Vivir Quito; 2013.
14. Pública MdS, Consejo Nacional de Salud (CONASA). Plan Nacional Acelerado de reducción la Muerte Materna y Neonatal Quito: CONASA; 2008.
15. Pública MdS, Ministerio de Educación , UNFPA , Otros. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes Quito: CONASA; 2008.
16. Ecuador MdEyCd. Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales en el ámbito educativo - Acuerdo No. 062.22 Quito: Lex; 2008.
17. Pública MdS. Plan Multisectorial de VIH/SIDA, 2015 - 2020 Quito.
18. Social MCdD. Agenda social al 2017. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.desarrollosocial.gob.ec
19. Unidas SdN. Conferencia de Población Bucarest; 1974.
20. PAHO/WHO. Declaración de Alma Alta - URSS 6 al 12 de septiembre. [Online].; 1979 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.alma-Alta.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.
21. Unidas SdN. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW); 1979.
22. Unidas SdN. Declaración y el Programa de Acción de Viena. [Online].; 1993 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf

23. UNFPA. Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (El Cairo). [Online]; 1994 [cited 2016 Octubre 22. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_soa.pdf.
24. Mujeres NO. Plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing. Documento Regional de la Sociedad Civil Beijing + 20 América Latina y el Caribe. 2014 Diciembre;(3er Texto Provisorio).
25. Unidas SdN. Declaración del Milenio 2000. Definición de Objetivos del Milenio. [Online]; 2000 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf.
26. Unidas SdN. Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. [Online]; 2008 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf.
27. Juventud Old. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. [Online]. [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.oij.org/convencion.
28. Rodríguez L. Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas Quito. 2008.
29. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Política de la OPS en materia de igualdad de género. 4616th ed.; 2005.
30. Gómez E. Equidad, Género y Salud Washington: OPS Conferencia Sanitaria Panamericana; 2002.
31. Ecuador MdSPd. Experiencia en la atención a la violencia sexual en unidades del Ministerio de Salud Pública Quito; 2011.
32. SIDA FMD/ce. Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios en Atención de Adolescentes, con énfasis en VIH-SIDA San José de Costa Rica; 2005.
33. INEC. Ecuador en cifras. [Online]; 2016 [cited 2016 Octubre 22. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.
34. Freire W, Belmont P, Rivas MG, Larrea A, Ramírez Luzuriaga M, Silva Jaramillo K, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. Tomo II ed. Censos INDEy, editor. Quito: ENSANUT-ECU 2012; 2012.
35. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. VII Censo de Población y Vivienda 2010. [Online]; 2010 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://www.inec.gob.ec>.
36. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. [Online]; 2014 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enjap.pdf.
37. Bársena A. Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad. Columna de opinión de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL. [Online]; 2013 [cited 2016 Octubre 22. Available from: <http://www.cepal.org/es/articulos/embarazo-adolescente-alerta-temprana-de-la-desigualdad>.
38. UNFPA. Estado mundial de la población 2013. [Online]; 2013 [cited 2016 Octubre 22. Available from: <https://iecah.org/index/2435-informe-unfpa-estado-de-la-poblacion-mundial-2013>

39. Mujeres RNd. Informe de la Coalición de Mujeres. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.rednacionaldemujeres.org/index.php/publicaciones/coalicion-1325
40. Social MCd D. Proyecto Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA. Quito - Ecuador: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; 2011. Report No.: CUP: 30380000.0000.372518.
41. Ecuador PdIRd. Decreto Ejecutivo 0491. Quito:: 2014.
42. Presidencia de la República del Ecuador CGdPyGE. Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Quito-Ecuador: Presidencia de la República del Ecuador, Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica; 2015. Report No.: CUP 30200000.0000.380025.
43. Pública MdS. Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 Quito. Dirección Nacional de Normatización ed. Quito: ISBN; 2014.
44. Salud OMdI. Aborto sin riesgos. Segunda ed. OMS , editor. Montevideo: Uruguay; 2012.
45. INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.inec.gob.ec.
46. Censos INdEy. Anuario de Egresos Hospitalarios. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf
47. Aborto en Latinoamérica. Información sobre aborto en países de Latinoamérica. [Online]. [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://aborto-latinoamerica.com/>.
48. Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 423rd ed. Quito; 2006.
49. Suárez González J, Gutiérrez Machaco M, Lorenzo González B. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012030103004&lng=es.
50. OMS. Naciones Unidas: la mortalidad materna se ha reducido un 44% desde 1990. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 2016. Available from: www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/.
51. INEC. Bases defunciones (consulta 24/08/2015), Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.inec.gob.ec.
52. OMS. Mortalidad materna (Nota descriptiva No. 348). [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador , CONASA. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal Papel Ly, editor. Quito: 2008.
54. ONUSIDA. Informe Julio 2014. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july20140716orgareport>

55. Ecuador MdSPd. Estudio de prevalencia de VIH, Sífilis y enfermedad de Chagas en mujeres atendidas en parto o aborto en Ecuador Quito; 2012.
56. UNAIDS. How AIDS changed everything. MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the Aids response. Geneva Geneve; 2015.
57. VIH/SIDA-ITS ENd. Base de datos en Excel: Casos nuevos de VIH. Informes MSP 2015. Quito: MSP, Registros Administrativos MSP; 2015.
58. Martínez ACH. El cáncer cérvico-uterino. su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Biomed.* 2006 Agosto 17; 1(17): p. 81-84.
59. Quito S. Cáncer de mama en mujeres y de próstata en hombres aumentan en Quito. [Online]; 2015 [cited 2015 Diciembre 30. Available from: http://issuu.com/solcaquito/docs/epidemiologia_de_cancer_en_quito_20/236.
60. Comisión LO. La planificación del control de cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol.* 2013;(14: 391-436).
61. Lancet. Boletín estudio de sobrevivencia en cáncer CONCORD - 2, Alemania C. Global Surveillance of cancer survival 1995-2009. *Lancet.* 2014 Noviembre.
62. Ministerio de Salud Pública del Ecuador , Ministerio de Educación , Ministerio del Interior , Ministerio de Justicia. Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia niñez, adolescencia y mujeres. Quito; 2007.
63. INEC. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Encuesta. Quito: Ministerio del Interior; Consejo Nacional Para la Igualdad de Género, Ministerio del Interior; Consejo Nacional Para la Igualdad de Género; 2011. Report No.: f.
64. Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. [Online]; 2009 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <https://instituciones.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas%20y%20protocolos%20de%20atencin.pdf>.
65. Organización Mundial de la Salud W. Violencia contra la mujer. [Online]; 2013 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
66. INEC. Primera investigación (estudio de caso) sobre condiciones de vida, inclusión social y derechos humanos de la población LGBTI en Ecuador Quito; 2013.
67. ILGA. La salud de las mujeres lesbianas y bisexuales. Cuestiones locales, percepciones comunes. [Online]; 2012 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://www.ilga.org>.
68. INEC. Datos esenciales de salud 2012 Quito; 2012.
69. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Socia C. Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN 2004. [Online]; 2004 [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://www.cepar.org.ec/sites/default/files/Folleto3.pdf>.
70. Ecuador MdSPd. Salud en adolescentes. Guía de supervisión. Dirección Nacional de Normatización. 1st ed. Quito; 2014.

71. Uruguay DGdSd. Guías para el abordaje integral de salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo I ed. Montevideo: MSP; 2009.
72. OMS. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS; 2011.
73. Género CNplId, INEC, Ministerio del Interior, AECID. La Violencia de Género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Quito; 2014.
74. Ashford L. Un sufrimiento oculto, discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. Washington: 2009.
75. Caridad LB. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 29(3): 223-232. [Online]; 2013 [cited 2016 Noviembre 10. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=es.
76. Social MdIEy. Norma Técnica Población Adulta Mayor Quito: MSP; 2014.
77. ULAT/USAID P. Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados Tegucigalpa; 2015.
78. Ecuador PdlIRd. Observatorio Internacional. [Online]; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://info.character.org/Portals/139743/docs/ElevenPrinciples_new2010.pdf.
79. 141 SdRO. Acuerdo Ministerial No 00004407. 2013. Ecuador.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Indicadores Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Nota: las columnas correspondientes a: medios de verificación, fuente de información, instancia del SNS responsable del indicador, fuente de la línea base, metas programadas, presupuesto programado, tipo de presupuesto, observaciones; pertenecen al Ministerio de Salud Pública. A partir de la publicación del presente Plan, los demás Subsistemas de la Red Pública Integral en Salud (RPIS) deberán completar los espacios de la matriz de indicadores antes descritos.

ANEXO 2: Fichas Metodológicas

Para acceder a la versión completa del documento que incluye la información detallada del Anexo 2, siga los siguientes pasos:

1. Diríjase al Catálogo de normas, políticas, reglamentos, protocolos, manuales, planes, guías y otros del MSP ingresando a la página: <http://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>
2. Haga click en la pestaña de búsqueda: Número de Acuerdo
3. Coloque el número 0033-2017 en el recuadro en blanco y haga click en el botón buscar
4. Una vez encontrado el número de Acuerdo, haga click en "Visualizar" y se desplegará el documento completo del Plan Nacional de Salud Sexual Y Salud Reproductiva 2017-2021.

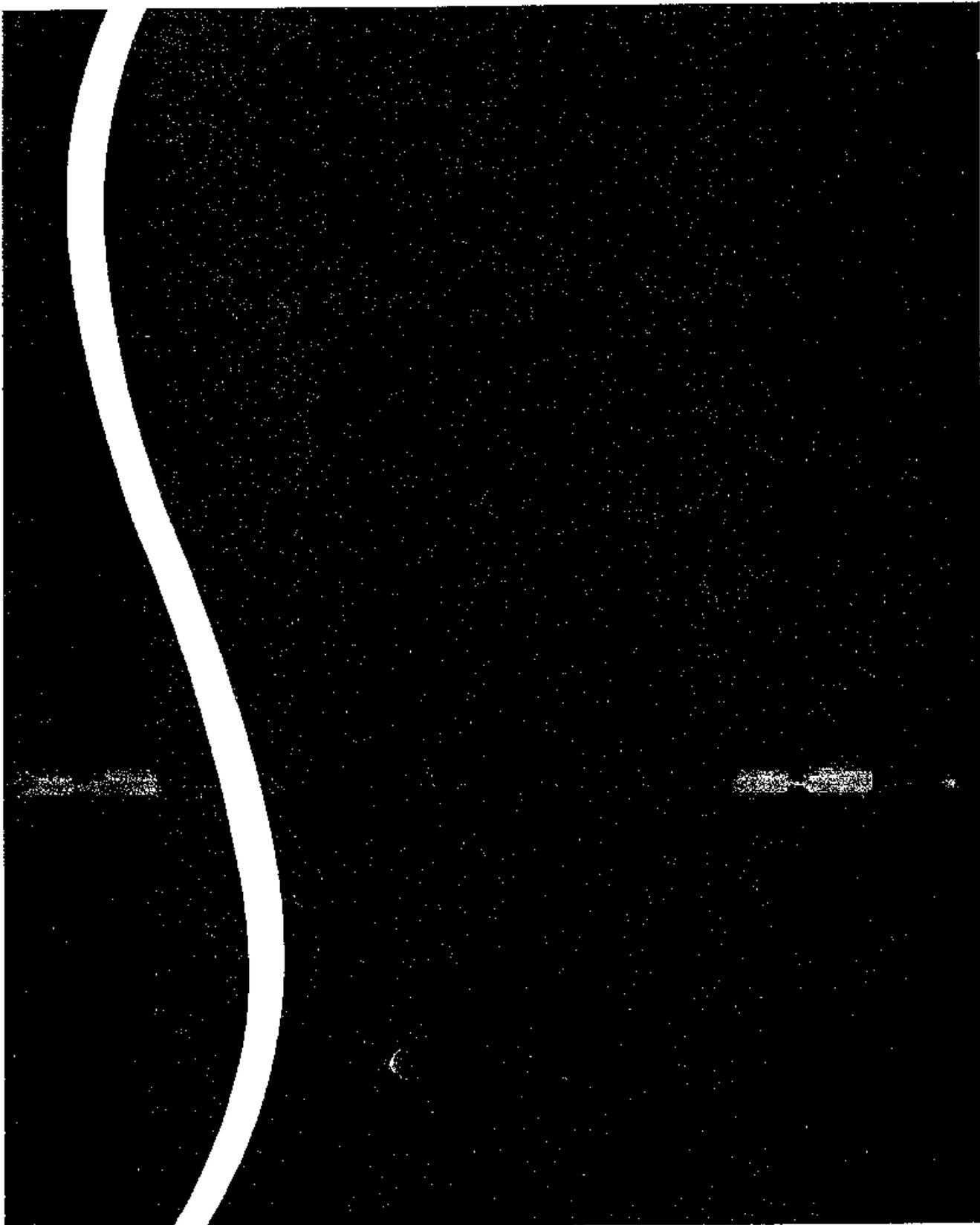
Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

Plan Nacional

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCION	INDICADORES DE LAS LINEAS DE ACCION	UNIDAD DE MEDIDA	MEDICIONES Y VERIFICACION	FUENTE DE INFORMACION	LINEA BASE	METAS PROGRAMATICAS					TOTAL	PRESUPUESTO PROGRAMAL
							2017	2018	2019	2020	2021		
1. Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población en general a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	1.1. Brindar atención de calidad efectiva, oportuna y sin discriminación a personas con diversidad de sexo, género e identidad.	1.1.1. Número de nichos, medios informativos, formatos e implementos que mejoran la salud sexual y la salud reproductiva de las personas G.SGL.	Número	Documentos normativos, manuales y documentos implementarios	Cajabaca de Normalización del MSP	1	1	0	1	0	3	10.000,00	10.000,00
		1.1.2. % de estás acciones de salud que cumplen requisitos de calidad, inclusión e igualdad en los servicios de atención y, al menos, 3 y 4.	Porcentaje	Registros administrativos	Registros administrativos	Registros administrativos	0	20%	20%	20%	20%	20%	100%
2. Garantizar la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal en el Sistema Nacional de Salud en el país con especial énfasis en el SS y SR.	2.1. Promover la participación y el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas.	2.1.1. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de salud sexual y salud reproductiva en las habitaciones estancadas.	Porcentaje	Comités Locales de Salud	Agendas e informes de actividades	0	5%	10%	10%	0%	10%	200,00	200,00
		2.1.2. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de salud sexual y salud reproductiva en las habitaciones estancadas.	Porcentaje	Registros administrativos	Registros administrativos	Registros administrativos	0	20%	40%	80%	100%	100%	50,000
3. Garantizar la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal en el Sistema Nacional de Salud en el país con especial énfasis en el SS y SR.	3.1. Promover la participación y el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas.	3.1.1. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de salud sexual y salud reproductiva en las habitaciones estancadas.	Porcentaje	Registros administrativos	Registros administrativos	0	5%	10%	20%	10%	50%	50,000	50,000
		3.1.2. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de salud sexual y salud reproductiva en las habitaciones estancadas.	Porcentaje	Registros administrativos	Registros administrativos	Registros administrativos	0	20%	40%	80%	100%	100%	50,000

<p>5.1.2. Cobertura de consultas de planificación familiar</p>	<p>Porcentaje administrativo</p>	<p>HQ, DCA</p>	<p>* 1,10% a 2015</p>	<p>12% 19% 22% 25% 25%</p>	<p>2.000.000,00 E.000.000,00 E.900.000,00 1.000.000,00</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>
<p>5.1.3. Porcentaje de consultas que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar por servicio prestado en los centros de planificación de la J.C.</p>	<p>Muestra Aleatoria de Funciones Clínicas</p>	<p>Fonfondo 051 - SP CLAP</p>	<p>0</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>
<p>5.1.4. Porcentaje de consultas que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar por servicio prestado a los empujados a los embarazos de riesgo de Primer Nivel de Atención (Primera).</p>	<p>Registro administrativo</p>	<p>RDACAM</p>	<p>0</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>
<p>6.1.5. Cobertura de alertas de atención en salud sexual y salud reproductiva en el SNS.</p>	<p>Registro administrativo</p>	<p>RDACMA</p>	<p>0</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>
<p>6.2. Garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción y planificación familiar en el SNS de acuerdo a las políticas del MAIS - FCI.</p>	<p>Forcejo</p>	<p>Fonfondo 051 - SP CLAP</p>	<p>0</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>	<p>100% 100% 100% 100% 100%</p>

Indicador	Unidad de Medida	Meta	2017	2018	2019	2020	2021	Responsable	Instrumentos	Indicador	Unidad de Medida	Meta	2017	2018	2019	2020	2021	Responsable	Instrumentos
7.2. Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto terapéutico o por decisión personal, de acuerdo a las características de cada caso.	Porcentaje	Menor a 10%						Dirección Nacional de Derechos Humanos e Inclusión en la Atención Nacionalizada	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Derechos Humanos e Inclusión en la Atención Nacionalizada	Protocolo de Atención
7.3.1. Número de muertes maternas notificados en el Sistema de Vigilancia de MIA.	Número	Menor a 100	100%	85%	30%	100%		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Número	N/A	N/A						Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
7.3.2. Número de muertes neonatales notificados en el Sistema de Vigilancia de MIA.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	35%	30%		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
7.3.3. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan el Sistema de Vigilancia de MIA.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	10%	35%	30%		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
7.3.4. Porcentaje de establecimientos de salud que reportan el embarazo precoz en el Sistema de Vigilancia de MIA.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	10%	35%	30%		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
7.4. Mejorar la implementación de la atención de salud sexual y reproductiva en la Municipalidad y Municipalidades provinciales.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	50%	100%		Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención
7.5.1. % de informes de seguimiento a los establecimientos de atención de salud sexual y reproductiva en los municipios de la zona de influencia de la atención de salud sexual y reproductiva.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	50%	100%		Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención
7.5.2. % de informes de seguimiento a los establecimientos de atención de salud sexual y reproductiva en los municipios de la zona de influencia de la atención de salud sexual y reproductiva.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	50%	100%		Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención
7.5.3. % de informes de seguimiento a los establecimientos de atención de salud sexual y reproductiva en los municipios de la zona de influencia de la atención de salud sexual y reproductiva.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	50%	100%		Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención
7.5.4. % de informes de seguimiento a los establecimientos de atención de salud sexual y reproductiva en los municipios de la zona de influencia de la atención de salud sexual y reproductiva.	Porcentaje	Menor a 10%	5%	20%	50%	100%		Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención	Porcentaje	N/A	N/A						Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva	Protocolo de Atención



ISBN: 978-9942-22-125-4



9 789942 221254

DES MONDES

WORLDS

MUNDOS

À PART

Santé et droits en matière de reproduction
à une époque marquée par les inégalités

APART

Reproductive health and rights
in an age of inequality

APARTE

La salud y los derechos reproductivos
en tiempos de desigualdad



●●●● état de la population mondiale 2017

●●●● state of world population 2017

●●●● estado de la población mundial 2017

Estado de la Población Mundial 2017 y la desigualdad

La desigualdad económica es reforzada por, y refuerza, otras formas de desigualdad, como raza, género y salud reproductiva

Las mujeres en los países en desarrollo están atrapadas en una red de desigualdades que se perpetúan a sí mismas. Estas desigualdades se ven reforzadas por la desigualdad económica y la desigualdad económica conduce a economías más débiles y menos resistentes, un crecimiento general más lento y una reducción más lenta de la pobreza socavando el progreso hacia el ODS 1

La posición de las mujeres en la sociedad también está ligada a la salud. Las desigualdades influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras.



La implementación de leyes en salud integral con énfasis en salud sexual y reproductiva en las mujeres de Latinoamérica

PAULINA

SECRETARÍA

Ministerio de Salud
Bogotá, Colombia



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

América Latina y el Caribe

19 de diciembre de 1992

2 dic 1992

INSTITUTO VENEZOLANO DE ASISTENCIA
de la

Organización Panamericana de la Salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
América Latina y el Caribe

Es la agencia de **salud pública**
internacional más antigua del
mundo.

Brinda cooperación técnica y
moviliza asociaciones para
mejorar la **salud** y la calidad de
vida en los países de las
Américas

Sistema de Naciones Unidas
Sistema Interamericano

El presente es un documento confidencial.

La salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.



Hipócrates
Medicina pasiva
"Vis medicatrix naturae"
Teoría de los 4 humores
Equilibrio

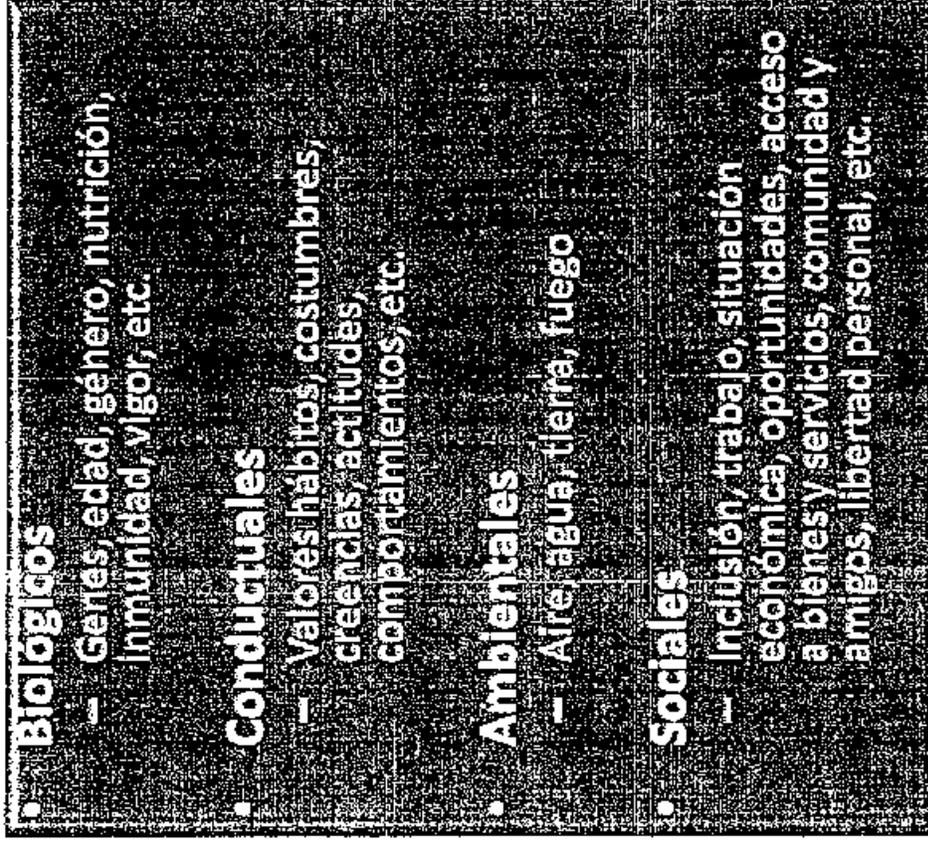


La medicina ya no
es pasiva

La salud es algo
mucho más
amplio de la
medicina

La salud es
producto de un
equilibrio de
factores que la
condicionan

Completo bienestar físico, mental y social



El derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, tanto físicos como mentales. Este derecho está reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo de San José de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El derecho a la salud no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades, sino a un estado de bienestar físico, mental y social. Esto implica que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados, sin discriminación alguna por motivos de raza, sexo, religión, idioma o condición socioeconómica. El derecho a la salud también incluye el acceso a medicamentos esenciales, la información sobre salud y la participación en decisiones que afectan a la salud pública.

UNIVERSIDAD DE LOS RIOS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
E INGENIERÍA

Funciones del Estado

- Respetar
- Proteger
- Cumplir

LA MATERIALIZACION DEL DERECHO

A LA SALUD IMPLICA QUE

ESE DERECHO SEA PERCIBIDO POR

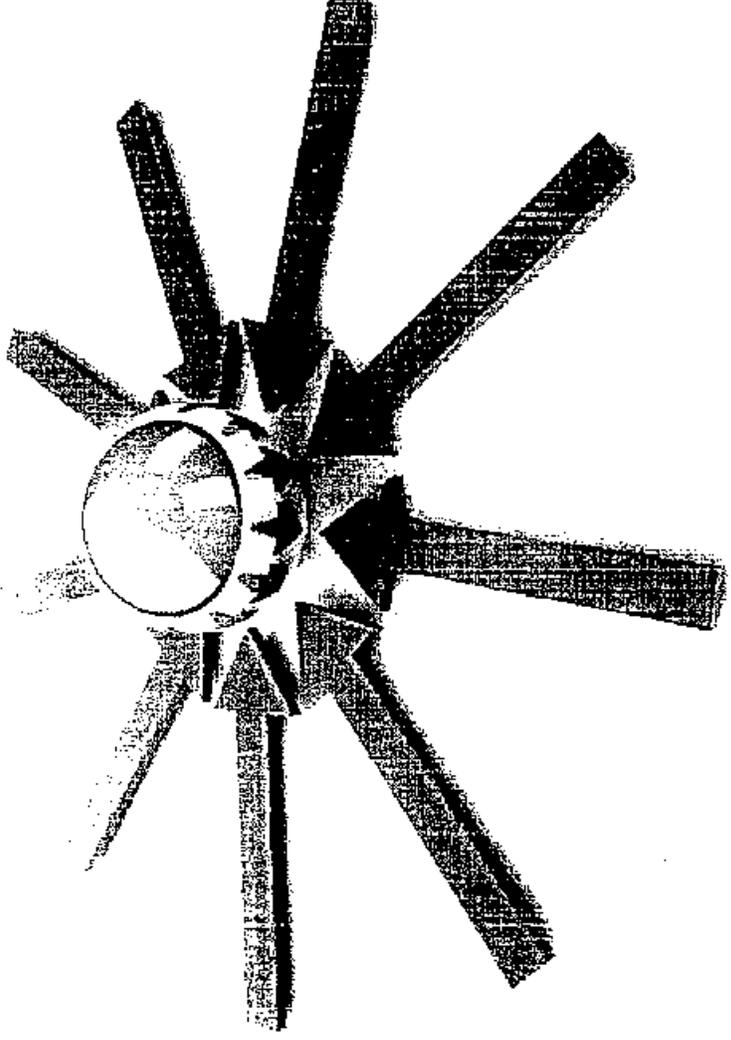
LA CIUDADANÍA

- El derecho a la salud se consagra en 21 de las 35 constituciones de los Estados Miembros de la OPS
-

– Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela.

¿Qué significa ese reconocimiento?

- Derechos
- Obligaciones
- Acción de gobierno
- Tolerancia/respeto
- Libertad
- Protección



Enfoque en derechos

La vida es el bien
más preciado y
tiene que
protegerse

Cuál debe ser la
reacción ante la
violencia?

Ante el
desconocimiento
y la
desorientación?

Cuando peligra
la vida?

Qué hacer?

- La discriminación
- El estigma
- La segregación
- Las barreras y obstáculos

Países de leyes

- **Ley marco de salud sexual del PARLATINO**
 - Salud sexual integral
 - Sexualidad segura y sana
 - Educación, promoción, prevención y atención
 - Principios
 - Igualdad y no discriminación
 - Equidad
 - Corresponsabilidad
 - Especialización
 - Derechos y deberes
 - Protección a población vulnerable
 - Prohibición de discriminación

- Línea estratégica 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades
- Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza
- Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios
- Línea estratégica 4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

- Fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria a fin de apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;
- La formulación, revisión y la revisión de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, especialmente las disposiciones referentes a la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad;
- Formulen y, de ser posible, adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, educativo y de otra índole para difundir los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr

Estrategia sobre Legislación Relacionada al Trabajo con la Salud: CD34/14

- Que los EM cuenten con marcos jurídicos y reglamentarios adecuados y fortalecidos para promover el derecho a la salud
- Orientar a los EM con el fin de fortalecer:
 - Coordinación entre autoridad sanitaria, poder legislativo y otros actores relevantes, en la formulación, implementación y revisión de la LRS
 - Medidas legislativas y reglamentarias para proteger la salud y abordar los factores determinantes de la salud
 - Armonización o implementación de recomendaciones de CD-OPS/OMS

Línea estratégicas

LE 1

Acciones sobre determinantes de la salud

LE 2

Acciones para la promoción, difusión e intercambio de información estratégica sobre legislación relacionada con la salud

LE 3

Acciones para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud

LE 4

Acciones para fortalecer la coordinación entre la autoridad sanitaria con el poder legislativo y otros sectores



Per país

Por subregión

Regiónes

Organismos subregionales

Base de datos LEGS

Información técnica (evidencia)

Difusión sistemática

Redes virtuales

Formación académica

Talleres y seminarios

Publicaciones especializadas

Investigación jurídica

Campus virtual de salud pública

Centroamérica

Sudamérica

Planes de implementación

Publicaciones

Ministerios de Salud

Poder Legislativo

Poder Judicial

Organizaciones ciudadanas

Parlamentos subregionales

Primera Infancia

Contra el hambre

Contra la tuberculosis

ELRS

Información estratégica

Cooperación técnica

Herramientas

Accesamiento

Redes de comunicación

Facebook

Twitter

web

Foro de abogados por la salud

GPI

Caillu

Talleres

Relación con actores

Redes parlamentarias

PARLACEN

PARLANDINO

PARLASUR

PARLATINO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Panamericana
de la Salud
Américas



ibarra@paho.org

*“Promoviendo la salud en las Américas a través
del poder de la ley”*

EL ROL DE LOS PARLAMENTOS EN LOS AVANCES HACIA LA ELIMINACION DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Reunión conjunta de la Comisión de Equidad de Género, Niños y
Juventud y la Comisión de Salud
Parlamento Latinoamericano y Caribeño

San Salvador

17 de noviembre de 2017

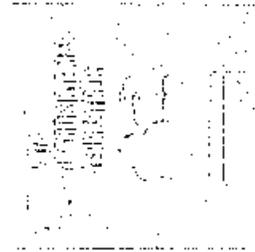
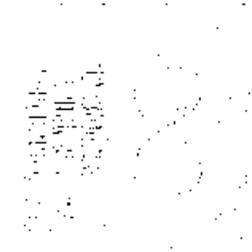
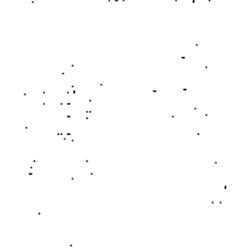
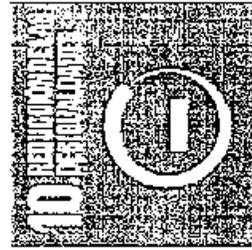
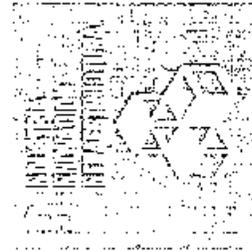
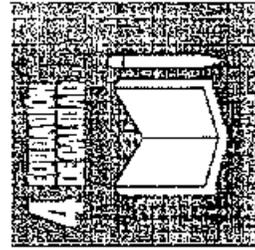
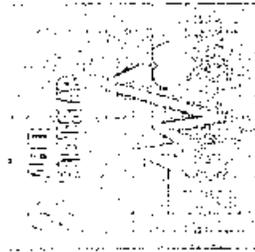
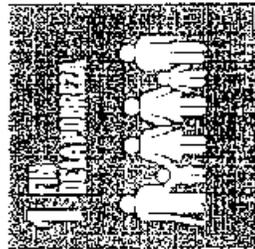
Alejandro Morlchetti
Consultor internacional

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible que se llevó a cabo en septiembre de 2015, los Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

La agenda incluye un conjunto de 17 Objetivos y 169 metas de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, hacer frente al cambio climático y no dejar a nadie atrás

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

> Objetivo principal es “hacer realidad los derechos humanos de todas las personas” (Preámbulo), con el compromiso de aplicar la nueva agenda en conformidad con las “obligaciones de Estados bajo derecho internacional” (para. 18)

Está basado en **principios** para orientar implementación:

Universalidad

Participación

Rendición de cuentas

Igualdad y no discriminación

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

✓ **Visión del desarrollo sostenible como universal, integrado e indivisible** (derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, y el derecho al desarrollo)

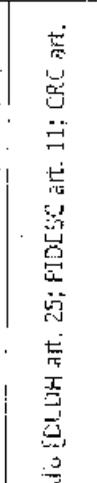
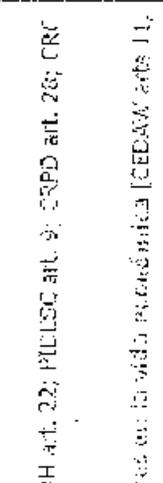
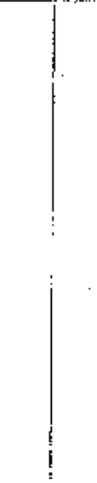
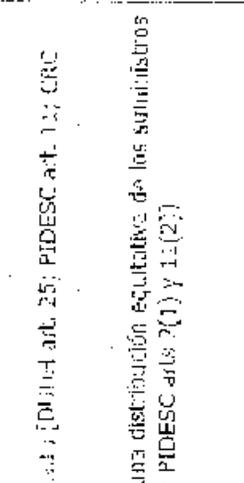
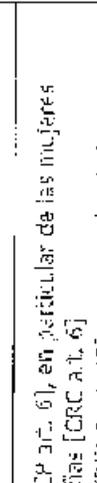
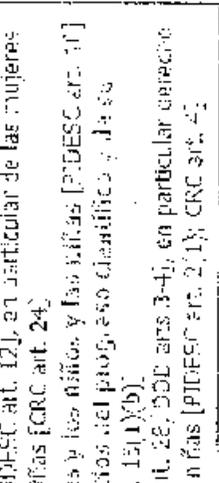
✓ **Combate a desigualdades, discriminación y exclusión** (objetivos 5 y 10)

✓ **Atención a grupos específicos:** mujeres, niñas y cuestiones de género; infancia y adolescencia; discapacidad; VIH/SIDA; adultos mayores; pueblos indígenas; refugiados; desplazados internos y migrantes (ej. para 23)

✓ **Rendición de cuentas a nivel nacional, regional y global** ("se centrará en las personas, tendrán en cuenta las cuestiones de género, respetarán los derechos humanos y prestarán especial atención a los más pobres, los más vulnerables y los más rezagados." (Para 74e))

Ejemplos de interdependencia

ODS y Derechos Humanos

OBJETIVO	
 <p>1. FIN DE LA POBREZA</p> 	<p>Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo. Las metas incluyen erradicar la pobreza extrema, implementar medidas de protección social y asegurar un acceso igualitario de los hombres y las mujeres a los recursos económicos.</p>
 <p>2. FIN DEL HAMBRE</p> 	<p>Poner fin al hambre, asegurar los suministros alimentarios y nutricionales sostenibles. Las metas incluyen poner fin al hambre y a la malnutrición, mejorar la productividad agrícola, producción de alimentos sostenible y resiliente, corregir las distorsiones comerciales y asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios.</p>
 <p>3. BUENA SALUD Y BIENESTAR</p> 	<p>Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Las metas incluyen reducir la mortalidad materna, poner fin o reducir el SIDA y otras enfermedades, cobertura sanitaria universal, medicamentos asequibles, servicios de salud sexual y reproductiva, investigación de vacunas y acceso a medicamentos.</p>

- Derecho a un nivel de vida adecuado [DUDH art. 25; PIDESC art. 11; CRC art. 27]

- Derecho a la seguridad social [DUDH art. 22; PIDESC art. 9; CRPD art. 26; CRC art. 26]

- Igualdad de derechos de las mujeres en la vida económica [CEDAW arts 11, 13, 14(2)(g), 15(2) y 16(1)]

- Derecho a una alimentación adecuada; [DUDH art. 25; PIDESC art. 11; CRC art. 24(2)(c)]

- Cooperación internacional, incluso una distribución equitativa de los suministros mundiales de alimentos [DUDH art. 28; PIDESC arts 2(1) y 11(2)]

- Derecho a la vida [DUDH art. 3; PIDCP art. 6], en particular de las mujeres [CEDAW art. 12] y de los niños y las niñas [CRC art. 6]

- Derecho a la salud [DUDH art. 25; PIDESC art. 12], en particular de las mujeres [CEDAW, art. 12] y de los niños y las niñas [CRC art. 24]

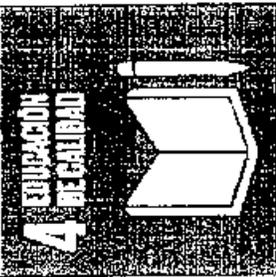
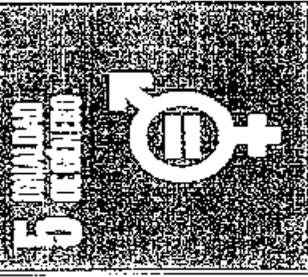
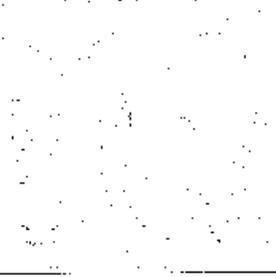
- Protección especial para los niños y las niñas y las niñas [PIDESC art. 11]

- Derecho de distribuir los beneficios del progreso científico y la su aplicación [DUDH art. 27; PIDESC art. 15(1)(b)]

- Cooperación internacional [DUDH art. 28; DDH arts 3-4], en particular derecho a la salud y derechos de los niños y las niñas [PIDESC art. 2(1); CRC art. 4]

Interdependencia

ODS y Derechos Humanos

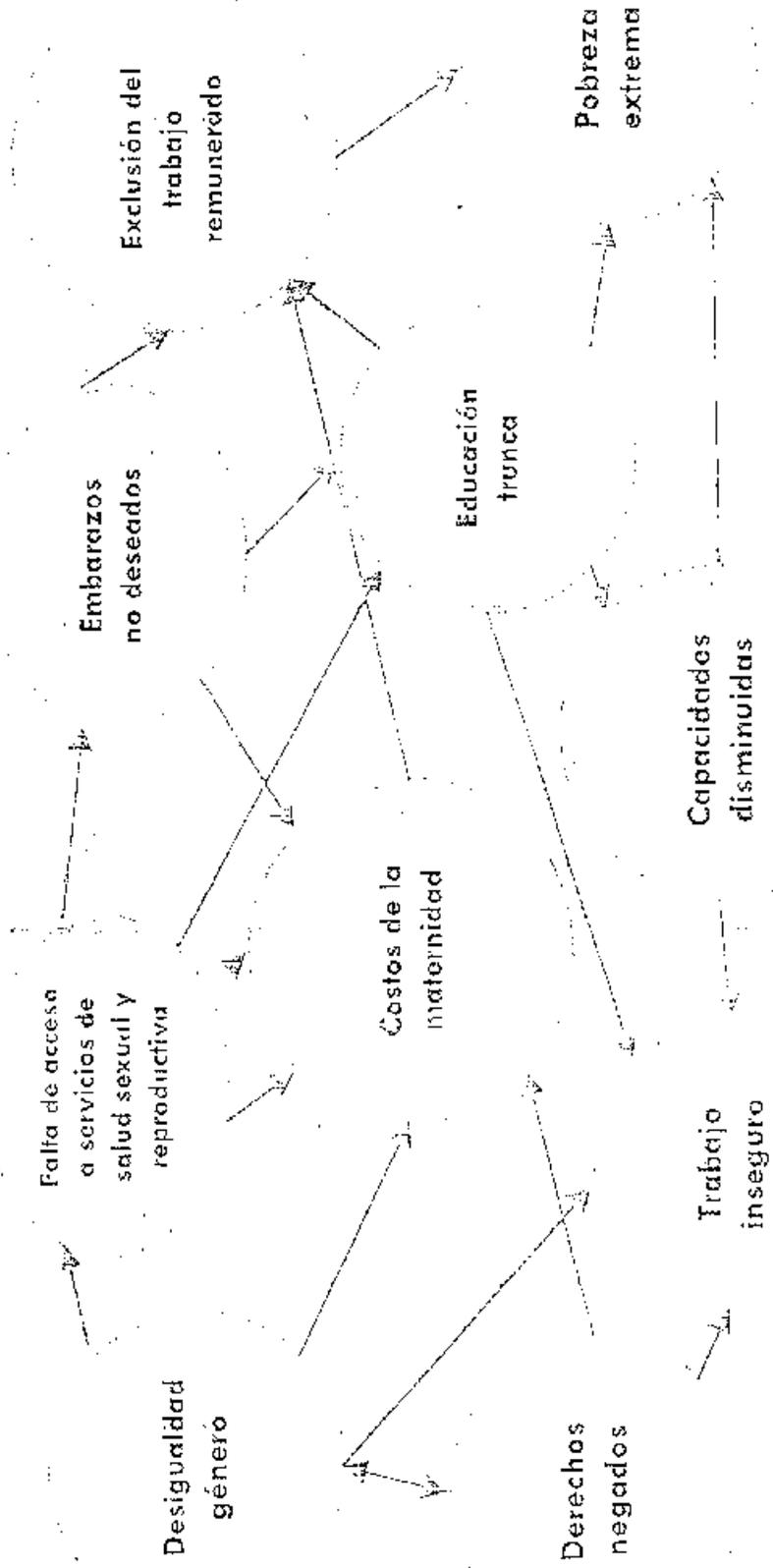
	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
 <p>4 EDUCACIÓN DE CALIDAD</p>	<p>Garantizar un medio de enseñanza inclusiva, equitativa y de calidad y promover aprendizajes de aprendizaje durante toda la vida para todos – Las metas incluyen el acceso universal a ciclos de enseñanza primaria y secundaria gratuita y de calidad; mejorar las competencias profesionales; acceso a la educación en condiciones de igualdad; aumentar las instalaciones escolares, las becas y los maestros calificados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la educación [DUDH art. 26; PIDESC art. 13] en particular en relación a los niños y las niñas [CRC arts 28-29], las personas con discapacidades [CRC art. 25(3); CRPD art. 24] y los pueblos indígenas [UNDDP art. 14] • Igualdad de derechos de las mujeres y las niñas en materia de educación [CEDAW art. 10] • Derecho al trabajo, incluso formación técnica y profesional [PIDESC art. 6] • Cooperación internacional [DUDH art. 28; DDD arts 3-4], en particular en relación a los niños y las niñas [CRC 25(4) y 28(2)], las personas con discapacidades [CRPD art. 22] y los pueblos indígenas [UNDDP art. 30]
 <p>5 IGUALDAD DE GÉNERO</p>	<p>Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y los niños – Las metas incluyen poner fin a la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas; valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico; velar por la participación plena de las mujeres; acceso a los servicios de salud reproductiva; derecho de las mujeres a los recursos económicos en condiciones de igualdad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de la discriminación contra las mujeres [CEDAW arts 1-5] y las niñas [CRC art. 2], en particular en la legislación, la vida política y pública [art. 7], la vida económica y social [arts 11 y 13] y en las relaciones familiares [art. 16] • Derecho no decidir el número y espaciamiento de los hijos [CEDAW arts 12 y 10(1)(e); CRC art. 24(2)(f)] • Protección especial para las niñas y los niños y niñas [PIDESC art. 10] • Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas [CEDAW arts 1-5; DEVAW arts 1-4; CRC arts 24(3) y 35] • Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias [PIDESC art. 7; CEDW art. 11]
 <p>6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO</p>	<p>Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos – Las metas incluyen lograr el acceso universal, equitativo y asequible al agua potable, el saneamiento y la higiene; reducir la contaminación; aumentar la utilización eficiente de los recursos hídricos; promover la participación en la mejora de la gestión del agua y el saneamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al agua potable y al saneamiento [PIDESC art. 11] • Derecho a la salud [DUDH art. 25; PIDESC art. 12] • Acceso al agua y al saneamiento en condiciones de igualdad para las mujeres de las zonas rurales [CEDAW art. 14(2)(h)]

ODS y los derechos sexuales y

reproductivos

- > La Agenda para el Desarrollo 2030 apunta a lograr sociedades más equitativas e inclusivas y prosperidad compartida
- > Debido a que la desigualdad tiene muchas dimensiones, las soluciones también debe abarcar las diferentes áreas y causas de desigualdad
- > El Estado de la Unión Mundial 2017 muestra como la salud y los derechos sexuales y reproductivos pueden contribuir al logro de sociedades más justas e inclusivas, donde los derechos de todas y todos sean respetados
- > Las desigualdades en el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben enfrentarse para que el mundo logre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, reducir la pobreza y las desigualdades económicas que afectan a la mayoría de países en desarrollo

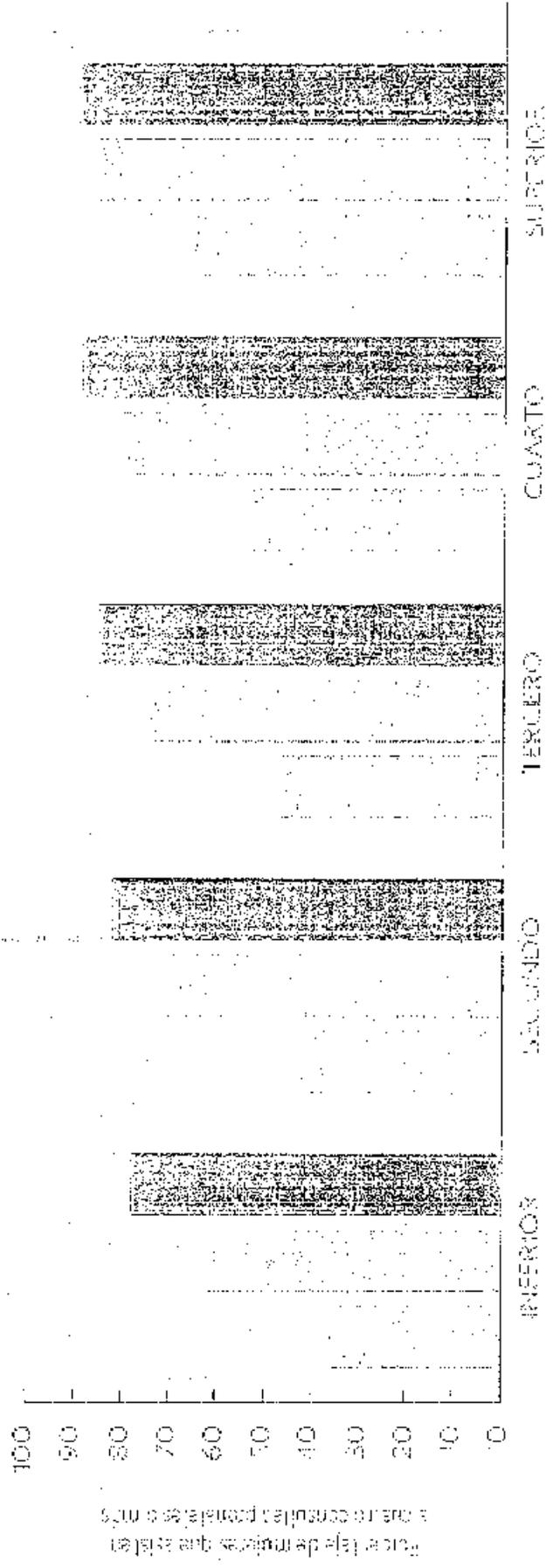
Tejaraña de la desigualdad



Desigualdad

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres en el sector agrícola a nivel mundial y por países, 2000 y 2005. Por nivel de desarrollo y quintil de riqueza (datos más recientes disponibles)

Menos desarrollados (35 países) Más desarrollados (41 países) Más desarrollados (10 países)

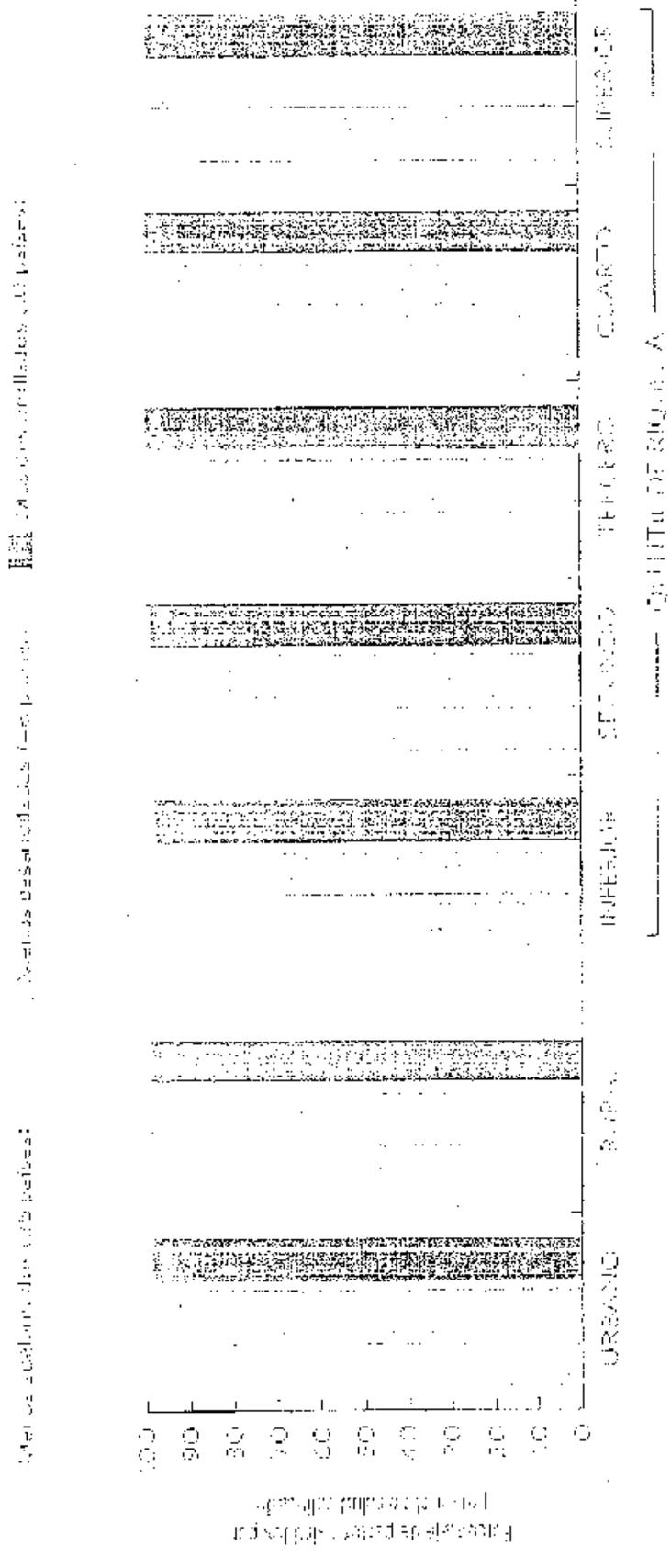


Quintil de Riqueza

Porcentaje de mujeres en el sector agrícola

Desigualdad

GRÁFICO 9. Porcentaje de población con acceso a servicios básicos por quintiles de ingreso y nivel de urbanidad (datos de 1997)

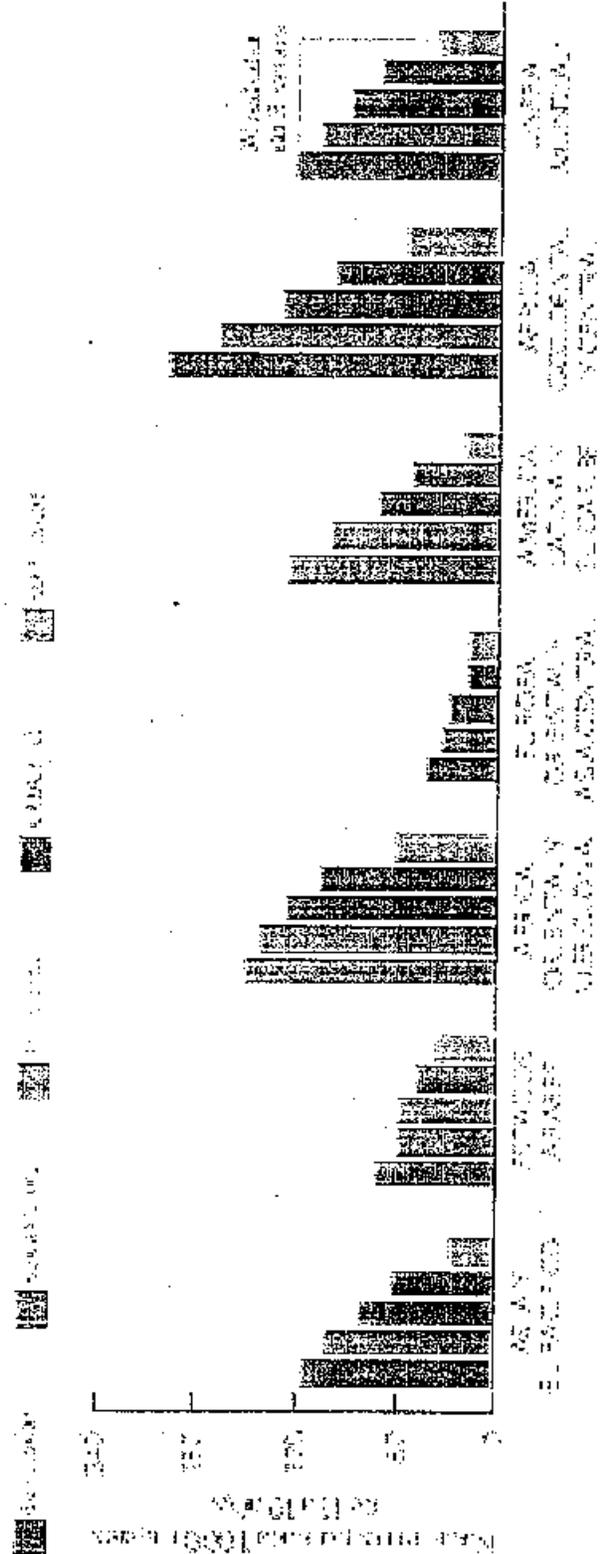


El acceso a los servicios básicos (agua, electricidad, alcantarillado y teléfono) es mayor en las zonas urbanas y en los quintiles de ingreso más altos.

Desigualdad

El índice de desigualdad de la renta (IDR) mide la desigualdad en la distribución de la renta entre los individuos de un país. El IDR se calcula a partir de los datos de la encuesta de hogares y se expresa en porcentaje. Un IDR de 100 indica una perfecta igualdad de renta, mientras que un IDR de 0 indica una perfecta desigualdad.

Gráfico 1. Índice de desigualdad de la renta (IDR) por país y año. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta de hogares.



1. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta de hogares. El IDR se calcula a partir de los datos de la encuesta de hogares y se expresa en porcentaje. Un IDR de 100 indica una perfecta igualdad de renta, mientras que un IDR de 0 indica una perfecta desigualdad.

Estado de la Población Mundial 2017 y la desigualdad

- > Dos dimensiones cruciales y entrelazadas son las desigualdades en la realización de la **salud y los derechos sexuales y reproductivos** y la desigualdad de **género**
- > Una de las principales medidas es hacer que la **atención de la salud sexual y reproductiva sea universalmente accesible**, de conformidad con los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
- > Lograr la **equidad de género en salud** implica eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, evitables e injustas

Obligación de los Estados

> La discriminación y desigualdad limitan el goce y ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres, por lo tanto los Estados deben:

Los Estados asumen obligación jurídica de asegurar que sus leyes, y políticas nacionales estén en armonía con los derechos humanos

Es deber de los Estados no sólo no infringir directamente los derechos, sino también asegurar las condiciones y la remoción de los obstáculos que obstaculizan el pleno goce y ejercicio y de los derechos

El rol de la legislación en materia de salud sexual y reproductiva y equidad

- > Las legislaciones pueden ser instrumentos que promuevan y protejan los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas, o pueden ser instrumentos que obstaculizan el ejercicio de los mismos
- > Algunas legislaciones restringen el pleno ejercicio de los derechos de las personas a la libertad, a la privacidad, a acceder a la educación y a servicios de salud al ser discriminadas en razón del género, edad, ser portador de VIH, tener alguna discapacidad, etc.

El rol de la legislación en materia de salud sexual y reproductiva y equidad

- En un enfoque de derechos, la legislación, incluida la relativa a la salud, debe orientarse por el **marco ético-normativo de los derechos humanos** y considerando la **indivisibilidad de los derechos**, y deben incluirse a las personas en todo el proceso incluyéndolo su **gestación, formulación y diseño, ejecución y evaluación (principio de participación)**
- El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria y el **marco legislativo** debe establecer los parámetros para **evitar que las desigualdades estructurales** como el género, la edad, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia **restringan el acceso a los servicios de salud**, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente

Derecho a la Salud y a la salud sexual y reproductiva

- Todas las Constituciones de A.L reconocen el derecho a la salud
- En diez países de América Latina en sus constituciones se reconoce expresamente la salud sexual y reproductiva:

✧ Brasil

✧ México

✧ Bolivia

✧ Panamá

✧ Colombia

✧ Paraguay

✧ Ecuador

✧ Perú

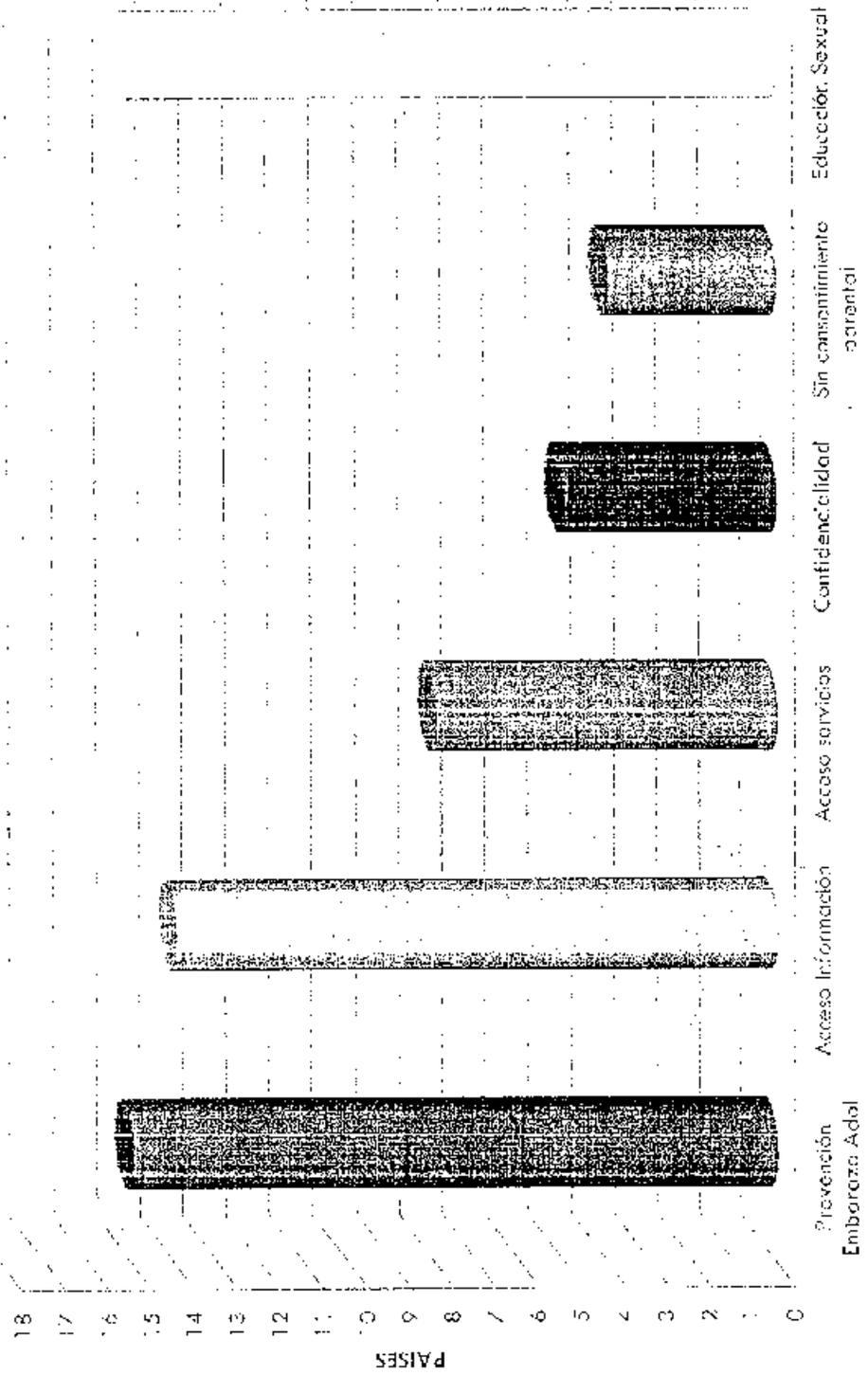
✧ Guatemala

✧ República Bolivariana de Venezuela

Salud Sexual y Reprductiva en la legislación nacional en la región

- > **Leyes sobre Salud Sexual y Reproductiva** (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay)
- > **Ley de Desarrollo Social de Guatemala, Ley 7735 General de Protección a la Madre Adolescente de Costa Rica, la Ley Orgánica de Salud de Ecuador, la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra Las Mujeres de El Salvador, la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer de Honduras, la Ley General de Salud de México**
- > **Códigos y Leyes de Niñez y Adolescencia** (Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay)

Comparativo de Legislación América Latina



Rol clave del Parlantino

- > Los cambios que varios países de la región han hecho en su legislación han representado una contribución substancial en la promoción de la **igualdad de género, la igualdad económica, y la igualdad en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos**
- > La ratificación de ese camino legislativo por parte de una **Ley Marco Regional** contribuirá sin duda a incentivar a seguir fortaleciendo esos cambios en toda la región

Importancia de la Ley Marco

Reafirmar el camino ya iniciado por varios países y mecanismos regionales sobre salud sexual y reproductiva:

No discriminación

Equidad

Educación, consejería e información

Combate a la violencia contra la mujer

Universalidad acceso a servicios

Enfoque respecto de grupos en situación de especial vulnerabilidad (personas mayores, personas con discapacidad y NNA)

**ACTA DE LA REUNIÓN CONJUNTA DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE
GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD CON LA COMISIÓN DE SALUD DEL
PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO**

17 al 18 de noviembre 2017

En la República de El Salvador, San Salvador, se realiza la reunión conjunta de las Comisiones de Salud, Equidad de Género, Niñez y Juventud del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, con la presencia de los siguiente legisladores miembros:

COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD

Directivos

<i>Dip. Margarita Rodríguez</i> <i>Presidenta de la Comisión</i>	EL SALVADOR
<i>Sen. Wimbert Hato</i> <i>Primer Vicepresidente</i>	CURACAO
<i>Sen. Juan Mario Pais</i> <i>Secretario Alterno de Comisiones</i>	ARGENTINA

Miembros

<i>Sen. Miriam Boyadjian</i>	ARGENTINA
<i>Sen. Melvin Glorinda Wyatt -Ras</i>	ARUBA
<i>Dip. Edgar Romero Flores</i>	BOLIVA
<i>Sen. Marilyn Moses</i>	CURACAO
<i>Dip. Lorelly Trejos Salas</i>	COSTA RICA
<i>Asamb. Karina Arteaga</i>	ECUADOR
<i>Congr. Sonia Echeverría Huamán</i>	PERÚ



COMISIÓN DE SALUD

Directivos

Asamb. Manuel Ochoa ECUADOR

Primer Vicepresidente

Sen. Michael Benjamin Lampe ARUBA

Dip. Mery Eilna Zabala BOLIVA

Sen. Eugene Cleopa CURACAO

Asamb. Carlos Vera ECUADOR

La Presidenta da la bienvenida a los miembros y solicita la presentación de cada uno de ellos y el país al cual pertenecen, acto seguido explica que conforme a programa se cuenta con los invitados que expondrán en el foro por lo que pone a consideración la orden del día, mismo que queda aprobado por los asistentes de la siguiente manera y aclara que una vez terminadas las exposiciones se desarrollará la reunión.

Punto I Discusión del estudio de la Ley modelo de Salud Sexual Integral

Punto II Discusión de la Ley Modelo de Maltrato Corporal

Punto III Discusión de la Ley Modelo para la atención y Protección de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes.

Siendo las 9 horas de la mañana La Diputada de El Salvador, Karina Ivette Sosa, en representación del Diputado Guillermo Gallegos Navarrete, Presidente de la Asamblea Legislativa de El Salvador, da la bienvenida y apertura al evento, junto con la Diputada Margarita Rodríguez presidenta de la Comisión de Género, Niñez y juventud del PARLATINO.

Para efectos de esta reunión conjunta se invitaron a cuatro ponientes internacionales de diferentes organismos del sistema de Naciones Unidas que nos aporten como expertos para el estudio de las Leyes Modelo en análisis con los siguientes temas:

Tema I - "Estado de situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres en América Latina y sus implicaciones en la vida de las Mujeres"
Expositor: Dr. Luis Távara Experto Consultor UNFPA, Experto en Salud Sexual y Reproductiva

Tema II - "Rol de los parlamentos en los avances hacia la eliminación de las desigualdades en los derechos y la salud sexual y reproductiva" Expositor: Alejandro Morlacchetti, Consultor de UNFPA, Experto Internacional en Derechos Humanos

Tema III - Avances y Desafíos situacional regional de la salud integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva de las mujeres Expositora: Dra. Suzanne Serruya, Directora del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP) y la Organización Panamericana de Salud OPS

Tema IV - Casos de Implementación de leyes en salud integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Latinoamérica Expositor: Lic. Ignacio Ibarra, Oficina Central de la Organización Panamericana de Salud OPS,

Concluidas las exposiciones se abre un periodo de preguntas y respuestas en el que participan todos los representantes de los Estados asistentes.

Se concluye que las partes mas importantes de las conferencias son tomadas en cuenta en el proyecto de Ley Modelo que se analizará inmediatamente; y cuyas exposiciones serán enviadas vía correo electrónico.

A efectos de la redacción del Acta de la Sesión una vez aprobados los temas de la agenda, se designó como secretaria y relatora a la Diputada Mery Elina Zabala, de Bolivia e integrante de la Comisión de Salud del PARLATINO.

Seguido de esto la presidenta de la Comisión de Género, Niñez y Juventud, Diputada Margarita Rodríguez y el Vicepresidente de la Comisión de Salud, Asambleísta Manuel Ochoa dan paso al desarrollo de la agenda a discutir en la



ASAMBLA LEGISLATIVA
DE COSTA RICA



PARLAMENTO
LATINOAMERICANO
Y DEL CARIBE

reunión conjunta, iniciando la lectura del proyecto de ley modelo de Salud Sexual Integral en extenso siendo aprobada en su etapa en grande y posteriormente se lee artículo por artículo dando paso a la intervención de los asistentes en cada uno de ellos, mismos que han sufrido modificaciones quedando aprobada como: Ley Modelo de Salud Sexual y Reproductiva en sus III Capítulos y 16 artículos, se tomó en cuenta todas las opiniones de los miembros presentes de las comisiones, se aceptaron todas las sugerencias de cambios, tiempos y verbos para la mejora de la ley entre estos se incorpora un artículo 14 al borrador para mayor comprensión de la misma y se elimina los artículos 16, 17 y 18 del borrador de ley. Fue Aprobada con la abstención de la Representación del Perú.

Con lo que concluyo la jornada del día primer día de trabajo, siendo las 17:30

Siendo horas 9:00 del día 18 de noviembre, se reinicia la reunión conjunta con la lectura en extenso la Ley Modelo *"Para erradicar el Castigo Corporal y Otras formas de tratos crueles y degradantes en contra de niñas y niños y adolescentes"* Acto seguido hicieron uso de la palabra los participantes haciendo conocer la realidad de sus países en relación al tema, ya que es por demás de obvio una temática muy compleja y precisamente en este marco de análisis varios miembros de la comisión solicitaron que el análisis en detalle pueda hacer diferido para la próxima reunión de la comisión en la gestión de 2018, a objeto de poder hacer las consultas respectivas en nuestros países. La Presidenta puso a consideración este pedido el cual fue aprobado por unanimidad.

Por último se puso a consideración la solicitud presentada por la Junta Directiva del PARLATINO a través del Secretario General del PARLATINO, Diputado Rolando Gonzalez Ulloa y el Secretario Alterno de Comisiones, Senador Juan Mario Pais, la *"Ley Modelo para la atención y Protección de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes"* propuesta por la Senadora Mexicana, Mariana Gomez del Campo, dicho proyecto fue leído en su totalidad por la comisión y luego del intercambio de criterios se decidió dar conocido el indicado proyecto y se decidió emitir una recomendación que en su parte resoluta expresa:



1. Avalar el proyecto de Ley Modelo para la Atención y Protección de Mujeres, Niños y Adolescentes Migrantes.
2. Solicitar a la Mesa Directiva y a la Junta Directiva que lo valoren previo a la XXXIV Asamblea General par el conocimiento del máximo órgano.

La Diputada Zabala de Bolivia, indica que el tema evidentemente es interesante por que hay vulneración de derechos así como, existen necesidad de aprobar una ley, sin embargo, revisado el documento se evidencia que el mismo fue presentado en el mes de marzo del corriente año a la directiva para su consideración en Asamblea, sin cumplir el procedimiento establecido en las normas del PARLATINO, por lo que, es imposible desde su punto de vista a cinco días de la Asamblea avalar un documento que apenas se ha leído en su etapa en grande y que indudablemente requiere de un análisis amplio. Por otro lado, manifiesta que al no ser parte de la Comisión de Género no puede aprobar la recomendación por lo que solicita se sienta en acta su abstención y sugiere se tome en cuenta que dicho proyecto de Ley Marco debe cumplir los procedimientos establecidos para su consideración y aprobación porque de caso contrario significa sentar un mal precedente en nuestra Institución.

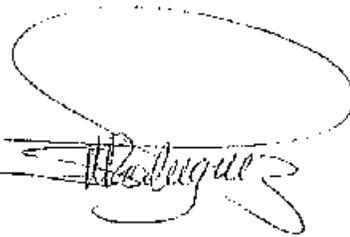
El Senado Pais, hace la aclaración en sentido de que no se esta aprobando la ley, solo se la esta conociendo y en ese sentido esta la recomendación.

Antes de concluir la Presidenta Rodríguez pide una receso de 20 min para la conclusión de la elaboración del Acta por parte de la secretaria y el equipo técnico. Pasado los 20 minutos se retoma la reunión, procediendo a dar lectura del acta, siendo aprobada por unanimidad y suscribiendo la misma, con lo que se da por concluida la jornada de las reuniones de comisiones conjuntas a las 12:30 del 18 de noviembre, con el agradecimiento de la Señora Presidenta por el esfuerzo realizado en hacerse presente en El Salvador, recibiendo a su vez el agradecimiento de los participantes a la presidencia por el recibimiento y el apoyo del equipo técnico.

FIRMAS DE LA COMISIÓN DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD

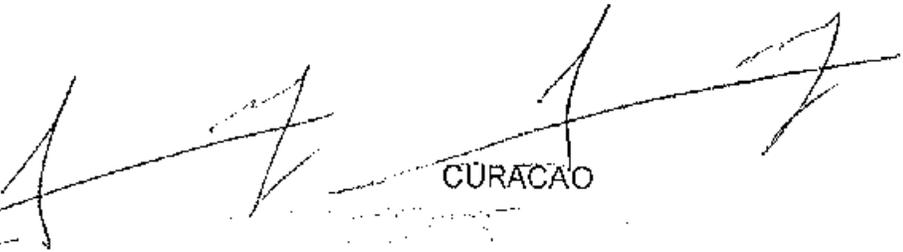
Directivos

Dip. Margarita Rodríguez
Presidenta de la Comisión



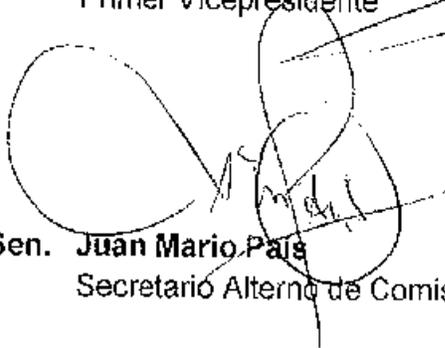
EL SALVADOR

Sen. Wimbert Hato
Primer Vicepresidente



CURACAO

Sen. Juan Mario Pais
Secretario Alterno de Comisiones



ARGENTINA

Miembros

Sen. Miriam Boyadjian



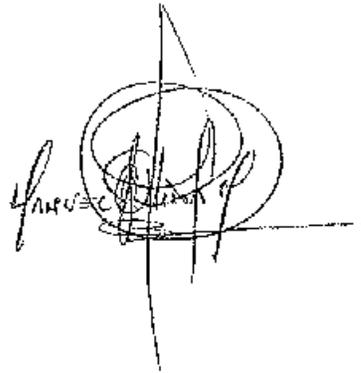
ARGENTINA

FIRMAS

COMISIÓN DE SALUD

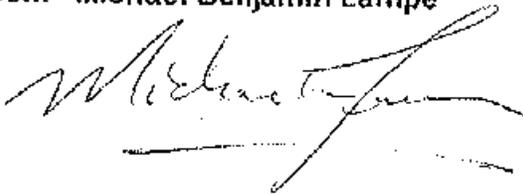
Directivos

Asamb. Manuel Ochoa
Primer Vicepresidente



ECUADOR

Sen. Michael Benjamin Lampe



ARUBA

Dip. Mery Zabala

BOLIVA

Sen. Eugene Cleopa



CURACAO

Asamb. Carlos Vera



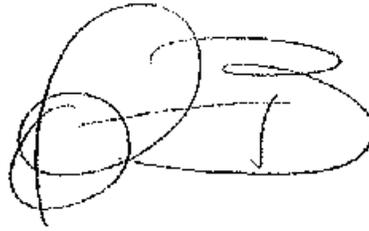
ECUADOR

Dip. María Veronica Muñoz



MEXICO

Sen. Melvin Glorinda Wyatt -Ras

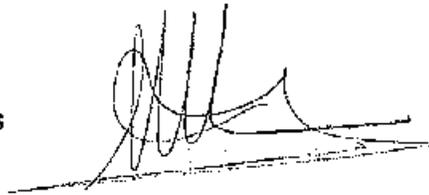


ARUBA

Dip. Edgar Romero Flores

BOLIVA

Sen. Marilyn Moses



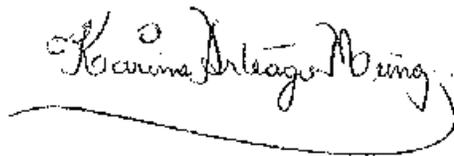
CURACAO

Dip. Lorelly Trejos Salas



COSTA RICA

Asamb. Karina Arteaga



ECUADOR

Congr. Sonia Echeverría Huamán



PERÚ