



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES**

**DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD SEXUAL EN LAS MUJERES  
SEGÚN LA LEGISLACIÓN ECUATORIANA VIGENTE**

**Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los  
requisitos establecidos para optar por el título de  
Abogada de los Tribunales y Juzgados de la República**

**Profesora Guía  
Msc. María Helena Carbonell**

**Autora  
María Elisa Soto Lasso**

**Año  
2015**

### **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Msc. María Helena Carbonell

Master en Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos

C.C.: 171160542-6

### **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE**

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

---

María Elisa, Soto Lasso

C.C.: 172390019-5

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de titulación está dedicado a todas las mujeres que siguen sonriendo, aunque tengan todas las adversidades de por medio. Está dedicado para las que se volverían a “equivocar” y elegirían otra vez por el género femenino, por las que nunca paran de luchar por nuestros derechos. Por las madres que crían solas a sus hijas e hijos, por las que vencieron el miedo, como la mía.

***María Elisa Soto***

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi madre, quien desde el hogar me enseñó los conceptos de lucha, justicia y equidad. A mi mejor amigo Antonio Alquicira, su guía y cariño han contribuido en esta servidora y en esta investigación. A mi familia por unirse conmigo en esta búsqueda de la igualdad de género.

***María Elisa Soto***

## RESUMEN

Esta tesis consta de tres capítulos: dentro del primer capítulo se desglosa el análisis normativo internacional y nacional con respecto al Derecho a la Salud, Salud Sexual, características y titular de obligaciones.

Los atributos o elementos esenciales que forman parte del derecho a la salud y salud sexual y los estándares mínimos que deben garantizarse en fin de efectivizar el derecho a la Salud Sexual.

El capítulo dos delimitará el concepto del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, cuál es su objetivo y si este modelo incluye dentro de su sistema de atención la integridad emocional, intelectual, física y social de las mujeres ecuatorianas, concebidas por elemental lógica como seres sexuales.

Finalmente en el capítulo tres se examinará si el Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud está alineado bajo los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad con sus respectivos estándares internacionales. Si este modelo logra ser una puerta de acceso a las mujeres y sus diferentes realidades efectivizando el derecho a la salud sexual. Adicionalmente haremos las conclusiones de este estudio y sus debidas recomendaciones.

Descriptores: Derecho a la Salud Sexual, Salud Sexual Mujeres, MAIS.

## ABSTRACT

This thesis consists of three chapters: the first chapter in the international and national policy analysis regarding the Right to Health, Sexual Health, features and bond holder obligations.

The essential attributes or elements that are part of the right to health and sexual health and minimum standards that must be guaranteed in order to realize the right to Sexual Health.

Chapter two delimit the concept of the new model of comprehensive health care, what is its purpose and whether this model includes within its care system emotional, intellectual, physical and social integrity of Ecuadorian women, designed by elementary logic as beings sexual humans.

Finally in chapter three will examine whether the New Model of Comprehensive Health Care is aligned on the essential elements of accessibility, availability, acceptability and quality with their respective international standards. If this model succeeds in being a gateway to women and their different situations making effective the right to sexual health. Additionally we will make the findings of this study and its recommendation.

Descriptors: Right to Sexual Health, Sexual Health, MAIS.

## ÍNDICE

1	DERECHO A LA SALUD SEXUAL EN LAS MUJERES.....	1
1.1	Normativa Internacional .....	1
1.2	Normativa Nacional.....	5
1.3	Definición de salud sexual y derecho a la salud sexual.....	6
1.3.1	Salud sexual .....	8
1.3.2	¿Qué es el derecho a la salud sexual?.....	9
1.4	Atributos del derecho a la salud y los atributos del derecho a la salud sexual.....	10
1.5	Estándares de los atributos correspondientes al derecho a la salud y salud sexual .....	16
2	ANÁLISIS DEL NUEVO MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, ENFOCADO HACIA LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES.....	26
2.1	Contexto Histórico.....	26
2.2	La coyuntura constitucional. El proceso y sus resultados en salud sexual.....	28
2.3	Presentación del Manual de atención Integral de salud y la salud sexual.....	31
3	ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y LA NORMATIVA INTERNACIONAL.....	35
3.1	El MAIS y la disponibilidad .....	35



3.2	El MAIS y la accesibilidad .....	37
3.3	MAIS y calidad .....	41
3.4	MAIS y aceptabilidad.....	42
4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	44
4.1	Conclusiones.....	44
4.2	Recomendaciones .....	47
	REFERENCIAS.....	53
	ANEXOS .....	61

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuadro Enunciativo de los Principales Instrumentos Internacionales y Nacionales Relativos o Relacionados con el Derecho a la Salud.....	62
Anexo 2. Análisis Estadístico - Índice Desarrollo Humano.....	77
Anexo 3. Índice de Abreviaturas.....	83

## 1 CAPÍTULO I. DERECHO A LA SALUD SEXUAL EN LAS MUJERES

### 1.1 Normativa Internacional

El derecho humano a la salud se reconoce como inalienable e inherente a todo ser humano, el mismo se encuentra reconocido en los instrumentos normativos del Derecho Internacional Público. Por ejemplo, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) establece que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Adicionalmente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala, en su artículo 12, que “(l) Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” A nivel regional el Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ("Protocolo de San Salvador"), establece en su artículo 10 que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

Así mismo la Primera Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (1968) estableció que “Los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible” (Proclamación de Teherán, 1968, pp. 32-41). Esto se aplica al derecho a la salud: es un derecho autónomo, inalienable, indivisible, interdependiente, de igual jerarquía y universalmente reconocido.

Decimos que es autónomo ya que tiene vida propia y no depende de ningún otro derecho para existir. Sin embargo, al ser interdependiente, como todo derecho humano, tiene relación directa con otros derechos, como el derecho a la vida.

Conforme lo establece el preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales existe una estrecha relación entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos. Por lo cual las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana. Exigen su tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.

Es inalienable, por pertenecer en forma indisoluble a la esencia misma del ser humano, no pueden ni deben separarse de la persona y, en tal virtud, no pueden transmitirse o renunciarse a los mismos, bajo ningún título. No caben, por consiguiente, ni la violación por un agente externo, ni siquiera la renuncia del propio sujeto. (Dirección Nacional de Educación de la Policía Nacional del Ecuador y Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 28).

El derecho a la salud forma parte de la naturaleza misma del ser humano, no puede ser considerada como un privilegio o caridad, no existe razón alguna por la cual se pueda renunciar a este derecho.

Es indivisible puesto que el derecho a la salud se niega a cualquier tipo de fraccionamiento o separación con la dignidad humana, el que no se reconozca el derecho a la salud pone en riesgo la condición humana. Por ejemplo, no se puede garantizar el derecho a la vida, sin incluir el derecho a la salud. (Dirección Nacional de Educación de la Policía Nacional del Ecuador y Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 28).

Adicionalmente el derecho a la salud es universal.

“Lo que consiste en que todo sujeto de la especie humana los posee. Se extienden a la totalidad de las personas en todo tiempo y lugar. Esta característica está profundamente ligada con la prohibición de discriminación.” (Dirección Nacional de Educación de la Policía Nacional del Ecuador y Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 28).

El reconocimiento normativo de los derechos es fundamental, sin embargo el desarrollo por parte de los organismos especializados, es básico para la tutela efectiva y garantía del derecho a la salud. En los párrafos siguientes se plantea un análisis de los avances conceptuales desarrollados por la Organización Mundial de Salud (en adelante “OMS”) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité Desc”).

El primer organismo internacional que reconoció a la salud como derecho fue la OMS. Dicho organismo establece, en su Constitución por primera vez, una definición comprensiva de la salud que todos los Estados deben garantizar, sin discriminación de ninguna índole, a todas las personas dentro de su jurisdicción. En su parte considerativa, la Constitución dispone que:

El derecho a la salud es el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr; es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y éste incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. (OMS, 1946).

Para este organismo el derecho a la salud no debe entenderse simplemente, como el derecho a estar sano sino también significa que los Estados deben lograr el pleno ejercicio de este derecho. Las condiciones que se incluyen son también el acceso garantizado a los servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y alimentos nutritivos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes. Éste se estableció en virtud de la resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985.

Y dentro de su Observación General No. 14 (relativa a el derecho del disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) indica que, si bien la salud continua siendo un derecho que no puede ser disfrutado plenamente para un millón de personas, éste no deja de ser un derecho humano fundamental e indispensable para el

ejercicio de los demás derechos humanos. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989).

Cabe mencionar que las observaciones generales tienen el objetivo de facilitar y promover la aplicación ulterior del Pacto; señalar a su atención las deficiencias puestas de manifiesto por un gran número de informes; sugerir mejoras en el procedimiento de presentación de informes, y estimular las actividades de los Estados Partes, las organizaciones internacionales y los organismos especializados interesados en lo concerniente a lograr de manera progresiva y eficaz la plena realización de los derechos reconocidos en el Pacto. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1989).

Adicionalmente el Comité establece que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar los niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. Así, los Estados deben garantizar, como mínimo:

- El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuado;
- El suministro de medicamentos esenciales;
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989)

## 1.2 Normativa Nacional

A nivel nacional, el derecho a la salud está reconocido en el máximo instrumento normativo. El artículo 32 Constitución de la República del Ecuador, establece que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El país cuenta también con varios artículos dentro de la Constitución relativos a atención prioritaria en materia de salud y establece la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención especializada y sobre el Sistema Nacional de Salud Conjuntamente con los objetivos dentro del Plan Nacional del Buen Vivir y leyes que se relacionan con la garantía de los derechos de salud, como: Ley Orgánica de Salud, Ley del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, entre otras. (Para un análisis del contenido de estos instrumentos ver ANEXO 1).

De la lectura mencionada sobre la disposición constitucional, en concordancia con la normativa internacional e infraconstitucional, podemos concluir que el objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde al campo de la medicina, o el acceso oportuno a los servicios de salud, es también la protección a un derecho, al goce de un ambiente sano y sin violencia, un equilibrio en la sociedad y el individuo.

### 1.3 Definición de salud sexual y derecho a la salud sexual

El derecho a la salud sexual y reproductiva no está reconocido independientemente en ningún instrumento normativo nacional o internacional, sino que se lo relaciona directamente con el derecho a la salud. Podemos encontrar una primera mención en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas<sup>1</sup>, en la cual se señala:

El derecho a la salud incluye también el derecho a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (Organización de las Naciones Unidas, 1994)

Por otra parte la OMS, define la salud sexual como:

El derecho a un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. (OMS, 1975).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) fundada en 1902, 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. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas. (OPS, 1999).

---

<sup>1</sup> La Conferencia de 1994 indicó que cada vez se tiene mayor conciencia de que la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente están tan estrechamente interrelacionados que no se puede considerar ninguno de ellos en aislamiento. (Organización de las Naciones Unidas, 1994).



Y dentro de sus competencias, ha definido este derecho a la salud sexual como “La experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 5).

Las definiciones citadas con anterioridad (las de los Organismos Internacionales) han sido repetidamente criticadas<sup>2</sup>; si bien el Programa de Acción sobre Población y Desarrollo se adoptó en consenso por más de ciento ochenta estados, solo veinte de ellos expresaron reservas sobre algunos puntos por motivos religiosos. 11 católicos y 9 musulmanes. (León, 1999, p. 45).

Adicionalmente mencionaré ciertos autores y autoras que proponen algunos conceptos con respecto al tema. Para María Pérez Conchillo, “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia. (Borrás, J. y Pérez, M., 1997, p. 12). Para la autora dicho concepto se refiere a que el desarrollo del bienestar relacionado con la sexualidad, se lo encause de manera libre de dominaciones, opresiones o limitaciones.

El Programa de género y equidad de Chile señala: salud sexual significa ser capaz de expresar y sentir placer, tener relaciones sexuales que se desean y se escogen. Supone tener relaciones sexuales sin riesgos y tener acceso a educación sexual y servicios de salud integrales. (FLACSO-Chile, 2010, p. 14).

La ex asambleísta Nina Pacari, expresa con respecto al tema de diversidad sexual, lo vinculada que ésta se encuentra al derecho de salud sexual, incluyendo enfáticamente los programas y servicios médicos bajo un entorno libre de violencia:

---

<sup>2</sup> La Conferencia de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, conto con la participación de varios países musulmanes, los cuales argumentaron que el concepto de salud reproductiva ya abarca el concepto de salud sexual, según ellos por obvias razones. (Lassonde L., 1997, p. 45).

El actual concepto internacional de derechos sexuales y reproductivos abarca los siguientes derechos: a la salud reproductiva y sexual, como componente de la salud general a lo largo de toda la vida. El derecho a la adopción de decisiones en cuestiones reproductivas, incluidas la elección del cónyuge, la opción en materia de formación de la familia y a la determinación del número, el momento de nacer, y el espaciamiento de los propios hijos, así como el derecho a información y a los medios de ejercer esas opciones. El derecho a la igualdad y a la equidad entre mujeres y hombres; el derecho a la seguridad sexual y reproductiva, incluida la ausencia de violencia y coacción sexuales y el derecho a la vida privada. (Pacari, 1998, p. 13)

Delfa Iñamagua señala:

La salud sexual y reproductiva no es algo aislado, está integrado a todo lo que nos rodea. El cuerpo no es solamente cabeza, extremidades y tronco sino que está integrado a la familia, a la comunidad, a la historia, a la cultura y al entorno. Para hablar del cuidado y fertilidad del cuerpo hay que integrarlo al cuidado y a la fertilidad de la tierra. (Iñamagua, D., 2003)

Con base en los antecedentes expuestos, me permito proponer un concepto, el cual ha sido formulado desde los conceptos citados con anterioridad, pero incluyendo ciertas particularidades sobre los acontecimientos históricos que modificaron el ámbito de aplicación y, por ende, el goce efectivo del derecho a la salud.

### **1.3.1 Salud sexual**

El disfrute de una vida sexual sana, satisfactoria y sin riesgos, es un estado de completo bienestar mental, social, y físico que satisface las demandas de la vida y va cambiando con el tiempo de acuerdo a las necesidades sociales, económicas, culturales, edad de las personas y sus características y condiciones particulares como género, identidad sexual, capacidades especiales, situación migratoria, entre otras. La salud sexual también expresa la satisfacción y goce de la interacción de la personas, con el medio que lo rodea en condiciones de igualdad, equidad, dignidad, en un entorno libre de violencia y de factores de riesgo para el ejercicio pleno del derecho a procrear o no; el derecho a la información oportuna y adecuada; acceso a los métodos de planificación familiar,

a la prevención y atención de enfermedades por medio de servicios de salud de calidad, disponibilidad y aceptabilidad de género, edad, etnia, clase o Estado civil.

### **1.3.2 ¿Qué es el derecho a la salud sexual?**

Al igual que los conceptos anteriores reafirmo que el derecho a la salud es un derecho humano, el cual garantiza un bienestar e integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser de la identidad sexual, sin embargo incluyo al concepto lo siguiente: por medios que estén ligados estrechamente con el avance científico a fin de potenciar la personalidad, la comunicación y el amor.

Para poder potenciar la personalidad, la comunicación y el amor, existen ciertos derechos sexuales vinculados con el derecho a la salud sexual, entre los cuales cito:

Los derechos sexuales incluyen el derecho de todas las personas a tener el máximo nivel posible de salud sexual, incluyendo el acceso a servicios en materia de salud sexual y reproductiva, que incluye:

- Buscar, recibir y difundir información relativa a sexualidad;
- Educación sexual;
- Planificación familiar y servicios de salud destinados a ejercer este derecho;
- Respeto del derecho a la integridad física de todas las personas;
- Derecho a elegir pareja;
- Derecho a ser sexualmente activo o no;
- Relaciones sexuales consensuadas y consentidas;
- Matrimonio consentido;
- Decidir si tener o no hijos, y a decidir cuándo tenerlos;
- Tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera y libre de estereotipos de género.
- Igualdad de género.

(Fundación Desafío, 2014).

Tener salud sexual significa vivir sin la existencia de maltratos, abusos, ni violencias, no ser presionadas, ni obligadas a mantener relaciones sexuales bajo ningún medio sin su voluntad, llevar una vida libre de las culpas y creencias sobre la sexualidad que causen sufrimiento.

Igualmente significa poder controlar la fertilidad de manera responsable y usar métodos anticonceptivos que no causen daño físico o emocional y no ser discriminadas en ningún sentido por el hecho de ser mujeres sexualmente activas.

Debido a las razones expuestas con anterioridad sobre la falta de consagración de este derecho en instrumentos internacionales o nacionales, no se cuenta con atributos focalizados únicamente en el derecho salud sexual, por lo tanto, utilizaremos los del derecho a la salud con sus respectivas modificaciones.

#### **1.4 Atributos del derecho a la salud y los atributos del derecho a la salud sexual**

A fin de alcanzar el desarrollo del derecho a la salud, es necesario esclarecer cuáles son sus atributos y cuáles son los estándares que permiten medir si existe o no violación dentro del ejercicio de este derecho. Debido a que no existen atributos para el derecho a la salud sexual utilizaremos en los párrafos siguientes los correspondientes al derecho a la salud con las debidas modificaciones.

Comenzaremos, con una definición de lo que es un atributo de un derecho humano.

Si bien los derechos humanos están expresados de manera general, existe la necesidad de plantear unos requerimientos particulares que sirven para establecer la garantía de los mismos, estos requerimientos nacen de un proceso coyuntural que intenta especificar los elementos esenciales que deberán exigirse para el cumplimiento de dichos derechos humanos. (García Rodrigo, 2001, p. 29).

Entrando en materia, la Observación General No. 14, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que los atributos del derecho a la salud son:

“Los elementos esenciales e interrelacionados que son necesarios para alcanzar el fundamento máximo en la dignidad de la persona humana y así se incluyen como factores determinantes y obligatorios de la salud”. (Comité de los Derechos Económicos, 1989).

Es decir que son propiedades, particularidades, que determinan cuál es el ámbito de aplicación del mismo derecho. Estos atributos, tienen como objetivo asegurar que los Estados adopten todas las medidas legislativas, administrativas, y de otra índole que sean necesarias para asegurar que todas las personas gocen con el más alto nivel posible de salud física y mental.

El derecho a salud, de acuerdo a los organismos especializados (OMS y Comité DESC), tiene cuatro atributos, cuatro elementos esenciales los cuales tienen como objetivo asegurar la plena efectividad del derecho a la salud incluida la salud sexual.

### **Disponibilidad:**

Este atributo hace referencia a contar con un número suficiente de establecimientos, servicios públicos y programas de salud (OMS, 2013).

La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989).

En el campo de salud sexual este atributo implica que el acceso a establecimientos, productos y servicios relacionados al mencionado campo promuevan una sexualidad saludable, que no sólo implique el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. Este atributo también debe asegurar que los establecimientos, productos y servicios para la salud estén diseñados de modo que mejoren el estado de salud sexual de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad o de género. Por ejemplo, debe existir dentro del personal de centro de salud profesionales debidamente capacitados para temas de salud sexual.

### **Accesibilidad**

Estos establecimientos, servicios públicos, y programas deben ser accesibles para todos. (OMS, 2013).

Se puede medir este atributo en función de cuatro dimensiones:

- **Aspecto físico:**

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. Los establecimientos y programas deben encontrarse al acceso viable de todas las personas, incluso que se encuentren ubicadas en zonas rurales. (OMS, 2013).

Es recomendación de la OMS que se cuente con un mínimo de una unidad básica de salud por cada 10 000 personas. (OMS, 2013)

Dentro de este aspecto se incluye que la asistencia brindada por los especialistas en el campo de salud sexual cuente con conocimientos y servicios con una perspectiva en equidad de género. Que la mujer no sea considerada como la única responsable de la planificación familiar y que

los establecimientos de salud promuevan los métodos anticonceptivos para el hombre.

- **No discriminación:**

El artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que: “Toda persona tiene derecho a la salud sin discriminación, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988).

La protección del derecho a la salud sexual en las mujeres incluye la obligación de garantizar que éstas mantengan un acceso en igualdad de condiciones, y bajo las necesidades particulares que puedan surgir en relación a su preferencia sexual. Así mismo todas deben contar con otros servicios e información relacionados con sexualidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas. (García, María Antonieta, 1994, p. 77).

La posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, deberá basarse conforme al principio de equidad<sup>3</sup>. Para implementar estrategias que permitan un acceso equitativo y continuo de los servicios integrales de salud debe tenerse en cuenta que en muchos caso el origen de las demandas de salud corresponde a una atención que debe enfocarse en la diversidad étnica, cultural, de género o territorial. Responder a las demandas de salud de manera equitativa implica también promover la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno al mejoramiento de los servicios de salud.

---

<sup>3</sup> El artículo 11 de la Constitución dispone que el ejercicio de los derechos constitucionales, entre otros, se regirá por la igualdad y lo hace extensivo a sus derechos, deberes y responsabilidades e inmediatamente hace una prohibición extensiva a toda forma de discriminación.

- **Asequibilidad:**

El estado garantizará el financiamiento oportuno para las necesidades de las personas en materia de salud. El Estado tiene como obligación velar por la salud de sus habitantes, por lo cual la asequibilidad económica de las personas no deberá influir con el goce de su dignidad humana ni en su acceso a salud.

La equidad exige que sobre los hogares más pobres, no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Todas las personas deberán acceder a los servicios de salud sexual, y su situación económica no deberá ser un obstáculo para el goce del mismo. La posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud sexual, conforme al reconocimiento de las necesidades básicas que un ser humano tiene en cuanto a salud sexual, que varía durante todo el transcurso de su vida. Proponemos a manera de ejemplo, las mujeres que acudan a un centro de salud por la atención de métodos anticonceptivos también deberán tener la posibilidad de realizarse un examen de Papanicolaou, a un costo alcanzable para todas.

- **Acceso a la información:**

“El estado debe velar por que la información entregada a las personas sea oportuna, de acceso inmediato con el fin de asegurar de forma continua la eficiencia y eficacia de la salud”. (OMS, 2013)

El Estado es el responsable de implementar servicios y atención integral en salud sexual, acorde a los avances de la ciencia y la tecnología, con apego



a los principios de bioética. Promoverá una cultura por la salud que permita la toma de decisiones seguras, saludables y autónomas<sup>4</sup> de las personas.

Adicionalmente este acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

## **Aceptabilidad**

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. Todos los programas, servicios públicos y establecimientos deberán manejar una ética profesional y tener como requisito la sensibilidad sexo-genérica y en el ciclo de vida. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989).

Que se garanticen que todos los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia de salud respeten la diversidad de decisiones, orientaciones e identidades de género y estén disponibles en igualdad de condiciones y sin discriminación para todas las personas; asegurar que todas las y los prestadores de servicios para la salud traten a las personas sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

## **Calidad**

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario

---

<sup>4</sup> Una propuesta de promoción de la salud que contribuya a que las personas, se asuman como sujetos protagonistas de los cambios para lograr su propio desarrollo y competentes para conseguir la plena realización de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos. (Gambara D'Errico, Hilda, 2008, p. 4).

científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989).

Por tanto es elemental contar con profesionales altamente calificados que adicionalmente, cuenten con programas en atención sensible sexo-genéricos, su historial clínico, intentando garantizar su seguridad. Que en los programas de salud sexual se cubra la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad alejados de doctrinas religiosas y centrados en el punto de vista científico.

Adicionalmente en el Ecuador, el atributo de calidad en servicios de salud sexual cuenta un factor adicional. Este factor hace referencia a la coyuntura que debe existir entre el sistema de salud occidental y los saberes ancestrales, tradicionales y alternativos. Para que las usuarias tengan servicios de calidad en salud sexual, el Estado debe fomentar prácticas saludables que velen por sus derechos humanos, y sus elecciones sexuales. A manera de ejemplo podemos indicar que, si una mujer acude a un centro de salud para obtener información acerca de mecanismos de protección sexual naturales, el centro de salud debe contar con la información necesaria para la usuaria.

### **1.5 Estándares de los atributos correspondientes al derecho a la salud y salud sexual**

Una vez que hemos definido los atributos del derecho a la salud sexual, es necesario establecer estándares de cada uno de estos atributos. Primero definiremos lo que la doctrina especializada entiende por estándar de un derecho humano.

“Los estándares son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición”. (García-Sayán, Diego, 1990, p. 29)

A nivel internacional, existen guías para evaluar el ejercicio del derecho a la salud y salud sexual, estas guías denominadas estándares tienen como fin alcanzar el desarrollo continuo del mencionado derecho. Nacen desde los análisis estadísticos y documentos de las organizaciones internacionales dedicadas al campo de salud y desarrollo humano. Sin embargo dentro de los instrumentos normativos y las políticas públicas ecuatorianas también se establecen ciertas referencias técnicas en cuanto a los estándares.

En los párrafos siguientes, presentaremos dichos estándares nacionales e internacionales.

### **Disponibilidad:**

El Proyecto y Manual Esfera<sup>5</sup> establecido bajo las normas de la OMS indica que en relación a la disponibilidad mínima o adecuada de establecimientos sanitarios que debe existir en respuestas a situaciones de desastre es:

Una unidad básica de salud / 10.000 personas (las unidades básicas de salud son establecimientos de atención primaria de salud en los que se brindan servicios de salud generales);

- Un centro de salud / 50.000 personas;
- Un hospital rural o de distrito / 250.000 personas;
- Más de diez camas para maternidad y pacientes hospitalizados / 10.000 personas.

(Proyecto Esfera, 2004)

Si bien estas medidas se han establecido como mínimas, dentro del análisis estadístico a nivel mundial se incluye una variante significativa con respecto al número de médicos que debe existir en promedio en los países por cada 1000 habitantes. Podemos tomar como ejemplo, los países con más alto índice de desarrollo humano.

---

<sup>5</sup> El Proyecto y Manual Esfera es un conjunto de principios comunes y normas mínimas universales que guían la acción en áreas vitales de la respuesta humanitaria. (Proyecto Esfera, 1997).

El índice de desarrollo humano fue creado para enfatizar que las personas y sus capacidades deber ser el criterio último para evaluar el desarrollo de un país, no sólo el crecimiento económico. Este índice lo voy a utilizar con el fin de cuestionar cómo dos países con el mismo nivel de ingreso per cápita pueden terminar con diferentes resultados de desarrollo humano. Estos contrastes pueden estimular el debate sobre las prioridades de política de gobierno. (Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014).

Y por lo mencionado, Noruega cuenta con un promedio de 4,2 por cada 1000 habitantes, Suecia y Suiza con un promedio de 3,9 por cada 1000 habitantes, Países Bajos con un promedio de 3,1 por cada 1000 habitantes y el Ecuador con un promedio de 1,69 médicos por cada 1000 habitantes. (OECD, 2014, p. 83).

En lo que respecta al tema de salud sexual, existen pocos materiales de referencia. Sin embargo, la OMS recomienda ciertas pautas, entre ellas se señalan condones gratuitos disponibles, personal médico capacitado para casos de violencia sexual, manejo sindromático<sup>6</sup> de casos de infecciones por transmisión sexual, continuidad de la terapia antirretroviral para aquellos que están en tratamiento (reaprovisionamiento), test rápidos para sífilis como parte de cuidado prenatal enfocado (ANC), prevención de la transmisión madre-hijo en contextos en los que el VIH/SIDA es la principal causa de muerte (por ej.: África subsahariana), provisión de, o enlace con, el apoyo psicosocial para temas de violencia sexual. (World Healthy Organization, 2004, pp. 20-38).

Ahora como lo señalamos en el apartado 1.5., también se establecen ciertas referencias técnicas en cuanto a los estándares en el Ecuador. La referencia dentro del atributo de disponibilidad señala que existe una planificación de implementación de redes y micro redes territoriales de salud según la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada (planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, establece 9 zonas de planificación, 140

---

<sup>6</sup> El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos coherentes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la provisión de tratamiento que abarque la mayoría de los microorganismos responsables de cada síndrome.

distritos y 1134 circuitos) con el fin de cubrir las necesidades básicas en salud en los ecuatorianos y ecuatorianas. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p.87).

Sin embargo, en el campo de la salud sexual el Ministerio de Salud desea alinearse a las recomendaciones dadas por la OMS, por lo cual prevé llegar al 100% de unidades de salud a nivel nacional las cuales presagian estar dotadas con diversidad de métodos anticonceptivos para su entrega ágil y gratuita. Sin embargo con relación a las otras referencias el Ecuador aún se encuentra en etapa de desarrollo. (Ministerio de Salud, 2006).

### **Accesibilidad:**

- **Aspecto físico:**

La **accesibilidad** es la provisión de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

“Dentro de los estándares internacionales indicamos que un centro de salud puede abarcar uno o varios barrios, pueblos o ciudades y su distancia no debe encontrarse a más de 30 minutos del centro de salud.” (Starfield B., 1992, p. 344)

Dentro de los estándares nacionales la gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos en el Ecuador se define de acuerdo a las necesidades nacionales, y estándares para la dotación de nueva infraestructura.

Cada institución del sector salud del Ecuador, mantiene un esquema de organización, gestión, provisión y financiamiento (basados en el atributo de accesibilidad), el cual se ajusta a las necesidades de la población y se planifica en relación a los distintos niveles de complejidad. Estos niveles de complejidad son los siguientes: a) El I nivel (complejidad baja), se encuentran los puestos de salud, sub-centros de salud, centros de salud,

los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2004). b) El II nivel (complejidad intermedia), conformados por hospitales básicos y hospitales generales, que además de la atención de I nivel, ofrecen hospitalización de corta estancia, aquí podremos encontrar especialistas en el campo de salud sexual. (Ministerio de Salud Pública, 2004) c) El III nivel (complejidad alta), compuesto por los hospitales especializados y de Especialidad, y los centros especializados que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad y atiende a toda la población del país a través de referencia, además realizan docencia e investigación, están ubicadas en ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional. (Ministerio de Salud, 2004).

Actualmente el Ecuador no cubre la medida básica internacional en cuanto a accesibilidad. Hago referencia a los centros de salud que no incluyen un centro de especialidades, (campo de salud sexual), y que por tanto se encontrarán a mayor distancia de 30 minutos. Ponemos como ejemplo el de las parroquias San Gerardo y Chaucha, en la provincia de Azuay. El funcionamiento de los centros de salud Tipo A (cuentan con servicios de salud de consulta externa, atención odontológica, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y sala de reuniones), está empezando su proceso de implementación, por lo cual los habitantes de estas zonas deberán recorrer más de 30 minutos de distancia y cabe recordar que dentro de los centros de Salud Tipo A, no cuenta con especialistas en el campo de salud sexual. (Ecuador Estratégico, 2014).

- **No discriminación:**

La Organización de las Naciones Unidas en su Informe de la Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, menciona como medida:

Que Los Estados adopten políticas públicas y den impulso a programas a favor de las mujeres y las niñas indígenas con el fin de promover sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; poner fin a su situación de desventaja por razones de género y origen étnico; resolver los apremiantes problemas que las afectan en materia de salud física, mental y el problema de la violencia contra la mujer. (ONU, 2001, p.28).

La necesidad de que los Estados adopten medidas que beneficien a los grupos que han sido vulnerados históricamente bajo un proceso de compensación es parte del acceso sin discriminación y es una medida de equidad frente a las personas que se encuentran en condiciones de desventaja. Frente a este enunciado, el Estado debe considerar una manera de compensación sobre todas aquellas violaciones que se han producido en relación a la diversidad étnica, de género y demás formas conexas de intolerancia que no tuvieron acceso a servicios de salud sexual.

En la actualidad y bajo los parámetros establecidos por la Corte Americana de Justicia, el Ecuador está intentando integrar la Red Pública de Salud hacia un modelo de atención de salud integrador que tiene como objetivo garantizar los derechos de salud y salud sexual.

Así también el país debe alinearse a las metas del Plan Nacional del Buen Vivir., que están en busca de mejores condiciones de vida para la población ecuatoriana a través de un nuevo Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en base a estrategias de Atención Primaria de Salud Renovada.

Cabe mencionar que dentro de la Atención Primaria de Salud Renovada se distingue un cambio de enfoque médico-biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

- **Asequibilidad:**

A razón de que el Estado garantizará el financiamiento oportuno para las necesidades de las personas en materia de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) se ha pronunciado solicitando una consultoría al Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social<sup>7</sup>, esta consultoría tendría por objeto determinar el costo aproximado por persona durante un año que cubra las necesidades básicas de salud.

Adicionalmente de acuerdo con la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, la prestación de este paquete de servicios de salud esenciales cuesta como mínimo 153 dólares EE.UU. / persona / año en los países de bajos ingresos. (OMS, 2010).

Sin embargo este paquete básico consiste en intervenciones estatales esenciales de salud para el primer nivel de complejidad (mencionado con anterioridad), en donde visiblemente no se encuentran temas relacionados con salud sexual, los cuales dentro de países como América Latina y en específico dentro del Ecuador, son gastos de primera necesidad. Según los datos del Atlas de las desigualdades socio-económicas del Ecuador, uno de los problemas que persiste desde 1990, es precisamente la falta de atención en temas de salud sexual, dando como resultado un cuadro desfavorable. El embarazo adolescente persiste como un problema serio de salud pública. (Senplades, 2010).

- **Acceso a la información:**

El estado deberá tener como estándar básico la integración del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información para

---

<sup>7</sup> Esta consultoría tendría como objetivo desarrollar un marco de referencia para la toma de decisiones con respecto al diseño y la aplicación de paquetes de beneficios en salud que puedan ser objeto de cobertura pública en el marco de las reformas en salud iniciadas en los países de América Latina y el Caribe.



fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones así como la asesoría, apoyo diagnóstico en línea y los procesos de educación continua. (OMS, 2013).

Dentro del Ecuador y en campo de la salud, aún no se cuenta con un sistema de información centralizado que permita la toma de decisiones fundamentadas en evidencias, así como el acceso a conocimiento sobre las actividades de atención a usuarios (historial), producción de los establecimientos de salud, información epidemiológica y la gestión de la red pública e integrada de salud. Por lo cual, uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud es precisamente la implementación del Sistema Único Integral e Integrado de Salud que va a permitir la articulación de la red pública y complementaria de información. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, pp. 81-92).

### **Aceptabilidad**

Como definimos anteriormente el atributo de aceptabilidad correspondía a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

A manera de ejemplo podemos indicar que dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) propuestos por Naciones Unidas a inicios de 2000, uno de ellos es precisamente el acceso a servicios de salud sexual éticos. Entre lo que se incluyen como medidas básicas a proporcionar, que el paciente pueda decidir con información y en forma autónoma qué método anticonceptivo utilizar. A acceder a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH/Sida. Libertad de decisión en cuanto a tener o no relaciones sexuales y con quien. Obligación a ser escuchados en un ambiente de confianza, respeto y apoyo. (Organización de las Naciones Unidas, 2002).

## Calidad

Para hablar sobre calidad, deberá entenderse que muchos países interpondrán como excusas, que la no satisfacción de las necesidades se ha debido a la falta de presupuesto estatal pero a manera de análisis indicaré un análisis estadístico de los países que cuentan con mayor índice de desarrollo humano (Anexo 2) y cuáles son las medidas que estos realizan, con esto me refiero a tres enunciados, a) Cuánto es el gasto presupuestario, b) Cuántos y cuáles recursos de salud se prevé utilizar por persona, c) Cuántas actividades de salud se realizan para las personas y cuáles son los índices de mortalidad y factores de riesgo para la salud de sus habitantes. Dentro del análisis estadístico existen países que frente a sus problemas económicos, como es el caso de Cuba, el tema de salud y calidad de vida se enmarca como uno de los países con un alto nivel de desarrollo humano.

Esta calidad que tiene como resultado el índice de desarrollo humano es progresiva y entre las medidas del Ecuador se puede indicar que dentro de su Manual de Atención de Salud Integral expresa como precepto:

La excelencia en la prestación de servicios en los tres niveles de atención con Talento humano capacitado, motivado y comprometido; garantizando la identificación y caracterización de la condiciones de salud en el área sexual para identificar los problemas de salud que más intervienen en la comunidad. Adicionalmente se debe identificar los problemas de la oferta para resolver los problemas de la demanda, basados en información objetiva (indicadores, índices etc.) y sustentada. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, pp. 60-77).

Mejorar la calidad de salud sexual en la población demanda la garantía de servicios de calidad. Y la incidencia de embarazos en adolescentes está relacionada, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a servicios de salud sexual.

Ejemplo: El proyecto que garantiza la entrega oportuna y gratuita de métodos anticonceptivos (Disposición Asegurada de Insumos Anticonceptivos, DAIA) se

ha centrado en las mujeres históricamente. Un servicio de calidad, sería lograr la equidad en el acceso de insumos anticonceptivos para toda la población. (Plan Nacional Buen Vivir, 2013).

## 2 CAPÍTULO II. ANÁLISIS DEL NUEVO MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, ENFOCADO HACIA LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES

### 2.1 Contexto Histórico

En el Ecuador, fundamentalmente desde el gobierno de García Moreno, el discurso oficial fue destacar la función de maternidad de la mujer, al igual que su función doméstica. Durante el período liberal (1895-1911), se maneja el discurso del bienestar físico y moral de la población y se define las características de los nuevos ciudadanos, lo cual colaboró con la estigmatización de lo “tradicional”. Una gran cantidad de niñas y jóvenes de modo general afirmaban que la felicidad, la buena conducta moral y física de los miembros de la familia era responsabilidad tradicionalmente de la mujer, y su “buena conducta”, encasillándose en un rol. (Goetschel, A, 2004, pp. 110-113).

El avance posterior en ciencias biológicas y médicas incorporará en los debates políticos y educativos el “orden natural” refiriéndose al cuerpo, la sexualidad y la reproducción. (Bonan, C., 2003, pp. 21-43), y este orden natural desemboca en lo que luego se denominaría una patología y la normalidad.

Sin embargo, para el Ecuador durante el periodo entre 1910 y 1945 existió una profunda crisis económica, la cual generó un proceso de aceleradas migraciones internas y de urbanización, la que conllevó peligros higiénicos y morales de las áreas urbanas. (Clark, K., 1995).

Estos peligros higiénicos y morales, incrementaron la tasa de mortalidad de los niños, a la par con la tasa de nacimientos, pero el debate público se centró en proyectos y políticas al cuidado y atención de los infantes, partiendo como centro de bienestar la lactancia materna.

Esta política logra ser una intervención estatal sobre el hogar y los cuerpos de la mujer. Teniendo una clara delimitación del rol de las mujeres-madres en la sociedad.

Las mujeres se convirtieron en las responsables de la reproducción: su deber no se quedaba solamente en el crecimiento de la población, sino también en que en el uso de su sexualidad sea para la reproducción.

La adopción de una perspectiva “controlista” respecto del crecimiento poblacional, a partir de la década de los 60, ocurrió sin que varíe sustancialmente la promoción de las mujeres como madres, sólo la magnitud de su tarea pasó de tener muchos hijos sanos y bien educados, a la de tener pocos hijos sanos y bien educados. Los servicios de salud han respondido a ese enfoque. (León, M., 1999, p. 19).

Adicionalmente, la acción del Ministerio de Salud Pública para 1984 fue la instauración de las políticas de salud materno-infantil, siendo merecedora de mi crítica, debido a que al instaurar esta política como única parte de la mujer, conduce un desconocimiento de las necesidades de salud en las mujeres a lo largo de su ciclo vital y no únicamente en su periodo reproductivo (15-49 años), y; dejando fuera la responsabilidad de los hombres, así como la aceptación de un universo de categorías dentro de la orientación sexual de las mujeres, que sin discriminación alguna deben contar con los mismos derechos que las mujeres desenvueltas en el rol materno. (Ministerio de Salud Pública, 1992).

Sin embargo, quince años después, esta política como indicadora única del estado de salud sexual de la mujer ahondó en un problema socio cultural de violencia sexual contra la mujer y fue debido a esto que en 1998 la Dirección Provincial de Salud de Pichincha consiguió que el Ministerio de Salud suscribiera un acuerdo ministerial en el cual se declare a la violencia como un problema de salud pública, así como el uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia para casos de violación y relaciones sexuales desprotegidas. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 551).

Otro de los avances precisos de las reformas constitucionales son la tipificación del acoso sexual, el cual consta desde el Código Penal de 1998, y actualmente sigue vigente en el artículo 166; de la Ley de Educación Sexual, aprobada por el congreso en 1998, y la inclusión de los derechos de las diversidades sexuales en el Plan Nacional del Buen Vivir. (León, M., 1999, p.66).

## **2.2 La coyuntura constitucional. El proceso y sus resultados en salud sexual**

El reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos en la Constitución del 2008 marca un hito en la definición e impulso de los derechos humanos a escala nacional y dependerán en gran medida de su realización plena dentro de la cual se incluye todo tipo de accionar que elimine toda forma de discriminación, para todos y todas, no se trata sólo de mujeres, de personas en edad reproductiva, o de heterosexuales, ni sólo de situaciones o eventos de reproducción o maternidad. Quizás el mayor logro es el conjunto de enunciados contenidos en el capítulo de los derechos civiles de la Constitución.

La redefinición de la integridad personal, reconociendo sus dimensiones física, psicológica y sexual; la igualdad ante la ley sin discriminación por razones de orientación sexual o estado de salud y especialmente el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre la vida sexual ampara ahora a todas las personas y abren un mundo de posibilidades para replantear relaciones de poder en los ámbitos privados y público. (León, Magdalena, 1999, p.15).

Otro logro importante se enmarca por parte del Ministerio de Salud Pública, el cual ha definido el concepto de salud integral (lo definiremos con amplitud en posterioridad). Este concepto es parte de uno de los más importantes cambios, debido a que éste se encuentra dentro de la aprobación del nuevo Acuerdo Ministerial sobre el Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (de ahora en adelante **MAIS**) y forma parte del proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional impulsa desde el año 2007. Este Nuevo Modelo de Atención **MAIS** busca constituir una armonía con lo consagrado en la legislación

ecuatoriana respecto al derecho a la salud sexual y los procesos que los actores de salud deben efectivizar con respecto al mencionado derecho.

### **Concepto de salud integral**

La salud integral se considera como:

“La dirección de esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.” (Del Bosque, S., 1998, p. 151).

En palabras de Del Bosque S. (1998, p. 20) “La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”.

La salud integral debe entenderse como un concepto que visibiliza que los usuarios de los servicios de salud no sólo pueden curarse de manera biológica, sino que su salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales.

Por tanto la salud sexual para las mujeres no debe entender únicamente como el acceso a anticonceptivos, realización de Papanicolaou, o chequeos de rutina, influyen también la libertad sexual de las mujeres para elegir de manera autónoma, libre y responsable sobre el número de hijos que se desea tener, el acceso a los beneficios derivados de los avances científicos, tanto en el ámbito de aplicación práctica, así como del acceso a educación sexual con contenido actualizado, pero sobre todo a una vida sexual libre de violencia.

### **La salud integral dentro del Modelo de Atención Integral de Salud**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos,

herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 53)

Este modelo tiene por objetivo velar por la salud integral y pretende enmendar los errores y las situaciones que se arrastran desde el pasado. Hacemos referencia a la escasez o ausencia de personal de calidad, a las barreras que existían en cuanto al acceso a la salud por cuestiones geográficas, culturales, por congestión, por desabastecimiento así como la falta de capacidad resolutive que no parta de principios heterogéneos.

El nuevo modelo de atención integral de salud parte de los principios de universalidad, progresividad, equidad, flexibles a la realidad epidemiológica, social y económica. Adicionalmente, este modelo busca mejorar sus estándares de calidad; y que la evaluación del impacto en salud pueda reflejar la garantía de los derechos de la comunidad, que conjuntamente involucre de manera activa el enfoque intersectorial.<sup>8</sup>

En este marco, el MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 40).

---

<sup>8</sup> La intersectorialidad constituye la forma de abordaje adecuada para estrategias donde se requiere la participación de todos los sectores de la sociedad y es la forma de plasmar en la realidad las políticas públicas al respecto". (Castell Florit, 2003, p. 3).



### **2.3 Presentación del Manual de atención Integral de salud y la salud sexual**

Como describimos en el apartado anterior el Modelo de Atención Integral de Salud intenta reorientar un modelo que permita el acceso continuo y equitativo a los servicios integrales de salud, los cuales responden a las necesidades y demandas de la población teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural, así como el ciclo vital, el género y territorio de las personas. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

Ante este accionar por parte del Ministerio de Salud Pública, el nuevo modelo de atención integral de salud intenta transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral centrado en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno.

#### **La salud sexual y el MAIS**

Sin embargo por otro aspecto las estadísticas en el Ecuador, señalan:

Desafortunadamente, no todos los indicadores de salud demuestran una evolución favorable. El embarazo adolescente persiste como un problema serio de salud pública, sin mejoras importantes desde 1990, la cual tiene grandes consecuencias en la vida de las mujeres, como lo han demostrado varios estudios que han encontrado correlación significativa entre la maternidad temprana, menos rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para mujeres. (Senplades, 2013, p. 83).

Y frente a esta realidad que tiene como origen la falta de atención a las necesidades básicas de la población, y particularmente, en este caso, la falta de programas o servicios de salud sexual; ¿Cuál es el accionar por parte del MAIS?

Evidentemente esta problemática no se refiere únicamente al acceso a los servicios de salud reproductiva, y por tanto debe enfocarse apartado del ámbito únicamente reproductivo o de asistencia para la maternidad. Debido a esto es

pertinente realizar un análisis de como el nuevo modelo de atención, entendida como una herramienta que promueve el acceso al primer nivel de atención y constituye ser una puerta de direccionamiento a los niveles más complejos de atención (especialidades en salud sexual), logra garantizar una atención integral y específica a las demandas individuales que se encuentran consagradas constitucionalmente.

### **El MAIS y la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de embarazos en adolescentes (ENIPLA)**

Las propuestas de ENIPLA, que es la iniciativa estatal encargada del manejo en temas de salud sexual, cuentan con las siguientes propuestas:

Reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionados. En el país se ubica alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que en quintil uno -con escaso acceso a educación-, la brecha supera el 50%.

Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Estas propuestas evidentemente no incluyen en totalidad el concepto de salud sexual descrito con anterioridad en el apartado 1.3 del capítulo uno de la presente tesis, ya que la planificación familiar no es sinónimo de salud sexual.

Por lo demás, añadido a mi análisis sobre el Nuevo Modelo Integral de Atención de Salud, que es precisamente este acuerdo ministerial el cual vuelve a nombrar dentro de su Anexo número uno dentro de las “Estrategias Nacionales de Salud” a ENIPLA, en razón al campo de salud sexual, sin embargo la visión es de mayor amplitud y se direcciona hacia el cuidado integral.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del embarazo adolescentes ENIPLA, considera que el Buen Vivir en el ámbito de la vida sexual y reproductiva significa tener una vida sexual placentera, segura, que la maternidad sea una opción y no una obligación, que cada embarazo sea deseado, que todos los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida.

Para las y los adolescentes y jóvenes ecuatorianos, de manera particular la sexualidad es un componente central en sus vidas, un determinante para la construcción de sus identidades, por lo que la manera como es vivenciada y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 130).

Analizando el planteamiento que realiza el acuerdo ministerial con respecto a la salud sexual, la estrategia que se ha establecido bajo este modelo para el cuidado, promoción, prevención de la salud sexual, este mismo ha manifestado que se encuentra consciente de la necesidad de ampliar las investigaciones. Estas investigaciones deben abarcar la comprensión sociocultural de los comportamientos sexuales de la población, la violencia sexual y sus abusos en temprana edad, la salud mental, la comprensión y el ejercicio del antedicho derecho.

El MAIS se pronuncia con respecto al tema:

Y en cuanto a la historia del Ecuador, los servicios de salud sexual no han contado ni se han generado suficientes metodologías ni estrategias que permitan responder a las demandas y necesidades de la población, menos aun teniendo en cuenta la diversidad étnica, cultural bajo un enfoque de género, lo que implica que la población no accede a servicios de salud sexual, salvo en momentos de emergencia por morbilidad y en el caso de las mujeres, cuando hay un embarazo de por medio y se constituye como un servicio de salud reproductiva. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 131).

Actualmente, el mecanismo por parte del MAIS que permite solventar las necesidades incluyendo las de salud sexual de las personas, las familias y la comunidad, en base a la construcción, cuidado y recuperación en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales es la Atención Primaria de Salud Renovada (APSR).

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que ésta a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inició la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 42).

La atención primaria de salud busca ser el primer acercamiento que los usuarios y usuarias puedan tener con el Sistema de Salud Pública. Su modelo de atención será crucial para reflejar la efectividad en cuanto a la resolución de problemas y enfermedades que afectan en campo de la salud sexual.

Este modelo está estructurado en base a la lógica de efectivizar ante cualquier limitación el derecho a la salud integral incluyendo aquí el bienestar físico, psicológico y mental. Por lo tanto el mismo modelo expresa que se encuentra consciente de la necesidad de ampliar las investigaciones en cuanto a la comprensión sociocultural de los comportamientos sexuales y que la evaluación del modelo será un punto determinante para constatar si los atributos y estándares internacionales, así como la manera de estructuración del modelo, después de la promulgación del derecho a la salud sexual dentro de la Constitución del 2008 y la implementación de la atención primaria de salud han culminado en la mejoría de las condiciones de salud sexual y en la reducción de las inequidades de género.

### **3 CAPÍTULO III. ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y LA NORMATIVA INTERNACIONAL**

La fragilidad de los servicios de atención a la salud sexual de las mujeres viene siendo punto de discusión dentro de la normativa internacional y los organismos internacionales encargados de la misma.

Por más de una década se ha observado la falta de programas en cuanto a esta problemática, que no sólo es estatal, sino que también surge de un problema socio jurídico en donde las inequidades de hombres y mujeres han desencadenado en problemas de salud pública.

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo. Se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes. Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 24).

Ésta es la base para sentar una investigación en cuanto a si el nuevo Modelo Integral de Atención de Salud logra ser una puerta o un acceso a las mujeres y sus diferentes realidades para contar con un derecho a la salud sexual conforme a los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

#### **3.1 El MAIS y la disponibilidad**

En situaciones de desastres el estándar internacional establece que la disponibilidad mínima que debe existir es una unidad básica de salud por cada 10.000 personas, un centro de salud cada 50.000 personas, un hospital rural por cada 250.000 personas. Y adicionalmente el análisis comparativo de disponibilidad de médicos indica dentro del país de Noruega que cuenta con un promedio de 4,2 médicos por cada 1000 habitantes.

El MAIS en relación a la provisión de servicios establece:

La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 61).

Dicho enunciado sostiene la misma metodología conceptual en la cual se basa la disponibilidad de oferta de servicios a nivel internacional, sin embargo no se encuentra establecido en el Modelo de Atención el número mínimo de establecimientos, hospitales y camas con las que deben contar los habitantes. Sin embargo, sí se establece la oferta de médicos a proporcionarse por parte del Ministerio de Salud.

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un Técnico en Atención Primaria en *Salud* (TAPS) por cada 4000 habitantes.
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 90).

Esta oferta se encuentra por debajo de los indicadores establecidos por Noruega, así como también Suecia, México, Cuba, Chile y otros. (Revisar Anexo 2). Y en relación a la disponibilidad de establecimientos de control y cuidado en el campo de salud sexual indicamos el Ministerio de Salud Pública habilitó 15 salas de primera acogida para la atención a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar durante 2011, que atendieron de octubre a diciembre un total de 3.396 atenciones médicas y psicológicas. (Ministerio de Salud Pública, 2012).

La falta de centros de salud especializados en el campo de salud sexual, son uno de los problemas de urgencia por resolver. El plan piloto que habitó 15 centros para la atención únicamente de víctimas sexuales es un número escaso para la demanda de mujeres que deben y necesitan acudir a un centro de atención en salud sexual.

### 3.2 El MAIS y la accesibilidad

Históricamente el Ecuador había manejado como política de provisión de servicios de salud, la del enfoque biologista; centrados en la enfermedad, limitando las posibilidades de una atención integral e integrada para la población.

El Sistema Nacional de Salud se encontraba desarticulado, la red de salud pública y privada no tenía un control y no contaba con un modelo de gestión que le permita organizar el acceso integral a los servicios de salud.

El MAIS, pretende cambiar esta visión biologista por una visión integral de salud. Tomar en cuenta los errores del pasado, y plantear un nuevo modelo de organización con el fin de enfocarse en que toda la población pueda acceder a servicios integrales eliminando las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

La manera en la que el modelo tiene previsto eliminar las barreras para el acceso, es acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel de atención, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel de atención constituya una puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 50).

Ahora si atendemos los estándares internacionales en relación a cada dimensión del atributo de accesibilidad, podemos expresar:

#### **Aspecto físico:**

El aspecto físico nos indica que los servicios y programas de salud no deben encontrarse a más de treinta minutos de distancia. (OMS, 2013)

El Ministerio de Salud Pública publica en su sitio Web, GEO SALUD, la organización territorial de los establecimientos de salud. Dicha organización está estructurada en redes zonales y enfocadas bajo el historial epidemiológico.

Según esta organización los centros de especialidades en donde se encuentra la atención en el campo de salud sexual se encontrarían a más tiempo de distancia de lo establecido por el estándar internacional.

A manera de ejemplo podemos decir que dentro de la Zona 2 los cantones Tena, Archidona, Carlos Julio Arosemena y Tola, no cuenta con un hospital básico, es decir un centro con infraestructura adecuada para la atención en el campo de salud sexual. Del mismo modo el cantón de Putumayo no cuenta con un hospital básico, y el más cercano se encuentra en el cantón de Shushufindi, es decir a 72 kilómetros de distancia (tiempo-distancia una hora).

Dentro de la oferta actual del MAIS puede visualizarse la cantidad de cantones que se encuentra sin la cobertura en servicios de salud sexual y que constituyen uno de las razones del por qué el índice de embarazos en adolescentes no cuentan con una evolución positiva. (MSP, 2014).

### **No discriminación:**

La no discriminación, plantea como medida que los Estados adopten políticas públicas y programas acorde al enfoque intercultural y multiétnico a favor de las mujeres y las niñas, con el fin de promover su derecho a la salud así como la vigilancia del problema de violencia contra la mujer.

Dentro del MAIS se indica textualmente:

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su



cosmovisión y / o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 46).

Pero el organismo encargado de formular programas en el Ecuador respecto al tema (Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación del Ministerio de Salud Pública) aún se encuentra realizando una propuesta conceptual que incorpore el enfoque de género e intercultural para el acceso a la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

A nivel mundial se reconoce las desventajas históricas que han sufrido los pueblos indígenas, afro descendientes, montubios; así como la falta de equidad de género para el goce de derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud sexual. El Ecuador también reconoce dichas falencias, pero no existe ningún proyecto conceptual u operativo que haga factible el cambio a proponerse dentro del MAIS.

### **Asequibilidad:**

El estándar internacional establece que en los países de bajos ingresos el paquete de servicios de salud esencial cuesta como mínimo 153 dólares por persona. (OMS, 2010, p. 24). Dentro del MAIS se define que es el conjunto de prestaciones de salud<sup>9</sup> en el Ecuador y, que éste constituirá un proyecto que garantice la suficiencia operativa y financiera en adecuación a los recursos disponibles. La suficiencia financiera tendrá como instrumento técnico de regulación económica al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Este tarifario regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales.

---

<sup>9</sup> Conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios y tecnologías, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 63).

Señalamos el tarifario de Prestaciones económicas del Sistema Nacional de Salud debido a que en este instrumento se cuenta con un presupuesto destinado a la cobertura de gastos en salud del sistema reproductivo femenino. Dicha cobertura supera el valor estipulado en el paquete de servicios de salud esencial a nivel mundial, es decir de 153 USD. (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Adicionalmente el Ecuador contó para el 2012 con 29 millones de dólares, lo cual se formuló bajo el concepto de inversión en materia de planificación familiar y prevención del embarazo adolescente. Esta inversión si bien es necesaria, no es sinónimo de un servicio de atención en salud sexual integral. El control de planificación familiar no es sinónimo de acceso a servicios de atención a salud sexual. (ENIPLA, 2012).

#### **Acceso a la Información:**

El estándar internacional menciona que el estándar básico será la integración de un Sistema de Telecomunicaciones y un Sistema Único de Información para el Sistema Nacional de Salud, así como apoyo diagnóstico en línea.

El ministerio de Salud por medio del “Proyecto Emblemático Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad” pretende en el transcurso de 60 meses. (2012- 2016) implementar 1.232 establecimientos de salud de primer nivel dotados con equipamiento biomédico, informático y mobiliario a nivel nacional. (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Este proyecto no abarca un sistema único de la red nacional de salud pública por lo cual si bien puede considerarse un avance en referencia a los estándares internacionales, queda claro que aún no cuenta con las medidas básicas. Sin embargo en relación a las líneas de apoyo de diagnóstico, dentro del campo de salud sexual, el Ministerio de Salud Pública ofrece a los usuarios una línea gratuita 1800-445566 con capacidad de atender 20 mil llamadas al mes, a fin de brindar información confidencial sobre diferentes temas de sexualidad a los interesados. (ENIPLA, 2012).

### 3.3 MAIS y calidad

En la actualidad los países que implementan mayor inversión dentro del gasto en atención de salud, contribuyen a mejorar la esperanza y calidad de vida de sus habitantes. Debido a esto muchos países como Japón, Alemania, Bélgica, Noruega indican como resultado un índice de desarrollo humano más alto. Y frente a estos resultados la OCDE expresa:

Es posible lograr un mayor progreso en el estado de salud y la esperanza de vida de la población si se pone un mayor énfasis en la salud pública y la prevención de enfermedades, en especial entre los grupos desfavorecidos, así como en la mejora de la calidad y el funcionamiento de los sistemas de atención a la salud. (OCDE, 2013).

La calidad juega un papel predominante en la salud, debido a que éste es el que genera la satisfacción de los usuarios y el nivel de vida que estos puedan llevar.

Dentro del MAIS se establece un sistema de control de garantía de la calidad. Este control busca garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión. Entre dichas normas y procedimientos podemos establecer las de gerencia estratégica de procesos y de calidad de los establecimientos de salud, la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad. También se relacionan con la definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, con la implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p. 103).

Dentro del control de procesos de calidad también se incluye el levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo, así como la formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica. El MAIS menciona también como medida de control la implementación de una auditoría Integral en Salud en la cual se incluyan los procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las

unidades de la red pública e integrada, el control de calidad de insumos y productos farmacéuticos y un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica. Y por último, parte del proceso de control de calidad de los servicios de salud es la implementación de un mecanismo para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud. Esta participación social tendrá por objeto desarrollar estrategias de mejoramiento continuo para todos los niveles de atención. (MAIS-FCI Ecuador, 2012, p.103).

Por los puntos expuestos, el sistema de control de calidad dado por el MAIS busca mejorar la mayoría de aspectos relativos a los servicios y programas de salud. Pero el campo que debería agregarse es el campo especializado en control de calidad en servicios de salud sexual. Estos servicios deben contar con metodologías estratégicas que mejore la calidad de vida de las mujeres y así puedan acceder a una salud sexual libre de violencia y con los estándares básicos.

### **3.4 MAIS y aceptabilidad**

El estándar internacional hace referencia:

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. Todos los programas, servicios públicos y establecimientos deberán manejar una ética profesional y tener como requisito la sensibilidad sexo-genérica y en el ciclo de vida. (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989).

Dentro del MAIS se establece que la atención en salud estará basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados. Adicionalmente estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. Y en el campo de salud sexual el ENIPLA nos dice que su objetivo es el de mejorar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanos y ciudadanas

del país a información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad, y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales a través de sinergias sectoriales. (Ministerio de Inclusión Social, 2013, p. 62).

Por tanto podremos señalar que en cuanto al atributo de aceptabilidad los servicios en materia de salud sexual cuenta con los estándares básicos a nivel mundial y por tanto su accionar deberá contar con resultados positivos para el informe de gestión en los años subsiguientes.

## 4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

Deseo resaltar mi primera conclusión en torno a la importancia que los organismos y normativas internacionales están dando al derecho a la salud sexual. Y, como los mismos están recomendando a los Estados la promoción de políticas que regulen el acceso a este derecho humano.

Dentro de América Latina y el Caribe, el Ecuador ha sido el primer país en incluir en su marco constitucional la garantía al acceso permanente de programas, atención integral en salud sexual, acciones y servicios de promoción.

En esta investigación se ha analizado si existen programas, acciones y servicios de promoción en cuanto al tema y si los mismos cumplen con las recomendaciones y con los estándares internacionales.

El gobierno actual incluyó cambios constitucionales en torno a la salud sexual y de la misma manera planteó que el programa responsable de la ejecución de dichos cambios será el Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.

El análisis del Modelo de Atención Integral de Salud nos indica que el Ecuador intenta promover un desarrollo sexual saludable a través del concepto de salud integral.

Pero en la realidad no existen programas de salud sexual integral. El Ecuador maneja la estrategia de planificación familiar como sinónimo de acceso a salud sexual.

Dicho Modelo no cuenta con el rango establecido de médicos por habitantes, ni los establecimientos se encuentran a una distancia accesible para todas las personas.

Adicionalmente señalamos que si bien, el Ministerio de Salud Pública creó centros especializados (únicamente atienden emergencias por violencia sexual, como lo explicamos en el tercer capítulo), sólo se cuenta con 15 establecimientos, los cuales son extremadamente escasos para las necesidades de la población.

Otra de las grandes falencias que nos impide gozar de nuestro derecho a la salud sexual (el país tiene el mayor índice de embarazos adolescentes no deseados en la región andina) se debe al gasto presupuestario que el Estado destina para garantizar un goce efectivo y solucionar este problema de salud pública.

La manera en como el Ecuador realiza su planificación presupuestaria es en base a un enfoque biologista aunque su Modelo Integral de Salud se contradiga y argumente lo contrario. Aun así el Estado no cubre ni las necesidades básicas de salud sexual que una mujer pueda necesitar para su sistema reproductivo femenino.

Sin embargo cabe señalar que un aspecto positivo en cuanto al acceso a la información es la línea telefónica a las 24 horas del día en asesoramiento en salud sexual. Aunque debe tomarse en cuenta que ésta no es la mejor herramienta o la más didáctica, por lo que se pueden implementar programas más efectivos de educación sexual integral.

Otro aspecto que enfatizar como prioridad para garantizar un derecho a la salud sexual es la instalación del sistema único de información clínica de los usuarios. El sistema de información centralizado es necesario para una atención de calidad para el usuario así como para obtener una base de datos reales sobre los mayores problemas en salud sexual que están afectando a las mujeres en la actualidad.

Dentro del estándar de calidad, me permito señalar que el Modelo de Atención Integral de Salud cumple con el enfoque intercultural pero en relación a la

entrega, un servicio orientado a las necesidades de las diversidades sexuales es nulo.

El estado debe romper con la idealización de roles que debe cumplir un hombre o una mujer, es decir modificar los patrones socioculturales de conducta en sus políticas públicas. Con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Por estas conclusiones expuestas me permito indicar que los escasos programas ofrecidos y el Modelo de Atención Integral de Salud no cumplen con lo consagrado constitucionalmente, ni con los estándares internacionales.

La constitución nos garantiza un derecho a la salud sexual, pero en la realidad las políticas públicas de salud nos están obligando a cumplir con una función de ser madres.

La falta de atención a la creación inmediata de un plan en salud sexual hace que tengamos estadísticas que evidentemente indiquen que la causa habitual de muerte de niñas y mujeres en el Ecuador es debido a las complicaciones durante el embarazo.

El Estado está poniendo en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Atentando contra este derecho humano y convirtiéndose en un obstáculo para el desarrollo de un modelo sostenido bajo la concepción integral de salud sexual.

Muchas estamos siendo torturadas sexualmente, violadas, expuestas a negligencias médicas, sufriendo tratos, penas crueles, inhumanas o degradantes cuando demandamos atención o necesitamos acceder a un programa o servicio en el cuidado de la salud sexual.



## 4.2 Recomendaciones

Mi recomendación se contextualiza en base a la implementación inmediata de un plan de salud sexual, que trascienda la visión materno-infantil y que pueda incluir las demás necesidades que garantizan un desarrollo sexual saludable.

Los problemas que afectan a la salud sexual de las mujeres en el Ecuador no son únicamente la falta de métodos anticonceptivos para mujeres o que la responsabilidad en planificación familiar se encuentre destinada sólo a las mujeres. El problema sustancial se basa en la falta de equidad al momento de consagrar el derecho a la salud sexual.

La encomienda es crear un plan de salud sexual que incluya el empoderamiento de nuestros cuerpos, la promoción de métodos anticonceptivos para el aparato reproductivo masculino, como por ejemplo la vasectomía para hombres y a programas de salud sexual que incluyan las necesidades de las diversidades sexuales y los grupos transexuales.

Este plan de salud sexual en base a las recomendaciones planteadas buscará eliminar por una parte los problemas de maternidad forzada que se ven obligada a asumir gran cantidad de adolescentes ecuatorianas. Dicha maternidad que las obliga a abandonar sus estudios y mantener relaciones laborales de menor alcance económico.

Por otra parte salvar la vida de miles de mujeres que abortan en condiciones infrahumanas e insalubres. Más allá de la discusión jurídica en cuanto a la aprobación o no del aborto y la preponderancia de la vida sobre los derechos sexuales, en la actualidad gran cantidad de mujeres que han quedado embarazadas producto de una violación mueren por practicarse un legrado en condiciones infrahumanas o en clínicas clandestinas.

Este tema corresponde ser prioridad en salud pública y debe regularse para que las mujeres puedan garantizar su derecho a la salud sexual.

La autonomía del cuerpo de la mujer debe implementarse como condición necesaria para una vida sexual saludable. Todo tipo de violencia sexual que viven las mujeres debe eliminarse. Culturalmente en la actualidad se cuestiona moralmente que las mujeres tengan diferentes parejas sexuales, se masturbe, o tenga conocimiento sobre educación sexual, entre otras.

Y por otra parte fomentar programas de no discriminación en el derecho a la salud de diversidades sexuales, por medio de la aprobación de protocolos, directrices y otros instrumentos para la atención de la salud sexual.

La implementación de este plan de salud sexual debe contar con procesos permanentes de capacitación para las y los profesionales de salud pública y autoridades, además de realizar campañas enfocadas a promover la salud sexual y la salud reproductiva de la población LGTBI.

La accesibilidad a los servicios y productos relativos a esta área deben incluir un servicio de salud amigable para los jóvenes, la implementación de educación sobre sexualidad en todos los espacios formativos y desarrollar campañas educativas y materiales didácticos.

Finalmente asegurar el cumplimiento, aplicación, seguimiento y evaluación de este plan de salud sexual que reconoce el nuevo enfoque de este derecho, la equidad de género y la intersectorialidad, para atender con calidad y calidez las demandas de la población.

Debido a las recomendaciones expuestas, me permito agregar mi propuesta específica mencionada con anterioridad para la creación del Plan de Salud Sexual:

## **Recomendaciones para la creación de un Modelo de Atención a la Salud Sexual**

### **1.- Tipo de solicitud**

Dictamen de prioridad.

Este dictamen debe nacer en vista de que el país no cuenta con ningún procedimiento que garantice el Derecho a la salud sexual, el cual se encuentra consagrado en la constitución del Ecuador

### **2.- Nombre del Proyecto**

El nombre del proyecto debe reflejar el cambio que propone eliminar el enfoque biomédico de la salud a un modelo que se fundamente en una concepción integral de la salud sexual. Por ejemplo, Modelo de atención a la Salud Sexual para personas sexualmente activas en el Ecuador.

### **3.- Entidad ejecutora**

Por medio de Decreto Presidencial debe crearse un órgano que tenga por objetivo la ejecución y evaluación desconcentrada de un Modelo de Atención a la Salud Sexual.

Pero este órgano debe trabajar en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación y un Asesor Presidencial con vastos conocimientos en el tema.

La justificación de la función desconcentrada es principalmente para que el órgano no dependa de ningún ministerio mencionado con anterioridad para su ejecución financiera.

#### **4.- Plazo de ejecución**

Llegar a consolidar una política nacional en salud sexual establece y con una evaluación positiva que se rija para todo el Sistema Nacional debe planificarse para un periodo no menor a 10 años.

Establezco el período de diez años debido a que la falta de educación en salud sexual empieza en primer lugar por el gobierno. En la primera instancia de ejecución del plan de salud sexual se deberá capacitar a todas las personas que argumentarán un debate social en contra (político, religioso, académico).

Es necesario sensibilizar a los actores de salud sobre el alcance real del Derecho a la salud sexual como parte de un derecho humano.

Posteriormente la ejecución, seguimiento y evaluación deberán tener resultados oficiales de acuerdo a un nuevo censo poblacional.

#### **5.- Diagnóstico del Problema**

Cabe recalcar que las alarmantes cifras que han convertido al Ecuador en el segundo país andino con un mayor número de embarazos adolescentes, es la falta de acceso a un Modelo de Atención en Salud Sexual Integral.

El interés gubernamental por este problema de salud pública refleja la falta de coyuntura política que existe y seguirá existiendo, y sin quitarle importancia a este primer factor, el diagnóstico del problema técnico se basará en torno a los diferentes conflictos que mencionare a continuación:

El evidente modelo centrado en el enfoque materno infantil, no ha mejorado en nada la calidad de vida de las mujeres en el Ecuador, por lo cual la medida adecuada a tomarse es que la formulación del nuevo plan de salud sexual se centre en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género.

Por otra parte deberá eliminar su modelo centrado en lo asistencial, a un modelo que se sustente en la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria.

La figura del médico como actor principal del modelo deberá modificarse. El nuevo Modelo debe promover la conformación de equipos de salud multiprofesionales (doctores, sexólogos, educadores, psicólogos) con una perspectiva interdisciplinaria.

## **6.- Identificación de la Población a la cual se dirige**

La primera fase del proyecto deberá estar dirigido a personas que están por comenzar su vida sexual y a las sexualmente activas. Deben incluirse programas para diversidades sexuales, personas con capacidades especiales, y tomar en cuenta las nuevas prácticas sexuales (relaciones H&H, es decir las prácticas sexuales entre hombres que no son homosexuales).

## **7.- Marco Lógico**

La implementación de un Modelo de Atención a la Salud Sexual significará un cambio importante en las políticas de salud pública desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación señala un fortalecimiento al nivel de atención entregado a la población, es decir una ampliación a la cobertura de los servicios de salud que son imprescindibles para la situación actual del país.

El estado debe reflejar, por un lado, una actitud diferente respecto a las injusticias que han venido cometiendo en el campo de la salud reproductiva.

La inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones formulará un empoderamiento de las responsabilidades estatales.

## **8.- Viabilidad Integral**

Como parte del análisis sobre los atributos y estándares me permito señalar que el nuevo Modelo de Atención en Salud Sexual que debe implementar debe tomar en cuenta cada recomendación internacional respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

## **9.- Estrategias de seguimiento y evaluación.**

El nuevo Modelo de Atención de Salud Sexual debe contemplar en su estructura una Dirección de Planificación y Proyectos que tenga dentro de sus responsabilidades de seguimiento las siguientes:

- Recolección de información cuantitativa y cualitativa que se requiera para el monitoreo y evaluación de los programas, servicios y actividades del Modelo.
- Diseño de indicadores que permitan visualizar los avances y seguimientos oportunos del desarrollo del Modelo.
- Evaluar el correcto y oportuno avance del Modelo mediante encuestas y entrevistas a los usuarios.

## REFERENCIAS

- Bonan, Claudia. (2003). *Sexualidad, reproducción y reflexividad; en busca de una modernidad distinta*. Santiago, Chile: Universidad de Humanismo Cristiano.
- Borrás, J. y Pérez, M. (1997). *Sexuality and Human Rights. Proceedings of the 13 World Congress of Sexology*. Madrid, España.
- Castell, Florit. (2003). *Intersectorialidad y Sistemas de Salud, La experiencia cubana*. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Clark, K. (1995). *Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador, Procesos*. Quito, Ecuador: Corporación Editorial Nacional.
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1989). *Introducción: finalidad de las observaciones generales*. Recuperado el 15 de abril 2014 de: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Secon.htm>
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1989). *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1989). *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)*. Recuperado el 15 de abril 2014 de: [http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html](http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html)
- Constitución de la República del Ecuador. (2013). Quito, Ecuador: Corporación de Estudios y Publicaciones.

Del Bosque, Sofía. (1998). *Mega tendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. En Manos a la Salud*. México: CIESS-OPS.

Dirección Nacional de Educación de la Policía Nacional del Ecuador y Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2009). *Manual de Derechos Humanos aplicado a la Función Policial*. Quito, Ecuador.

Ecuador Estratégico. (2014). *Centros de salud para poblaciones lejanas en la provincia del Azuay*. Recuperado el 30 de julio de 2014 de; <http://www.ecuadorestrategicoep.gob.ec/15-notefp/278-boletin-138>

ENIPLA. (2012). *Suma de esfuerzos intersectoriales*. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Fierro Benítez, Rodrigo (editor). (2002). *El cóndor, la serpiente y el colibrí*. Organización Panamericana de la Salud. Quito, Ecuador.

FLACSO-Chile (2010). Programa Género y Equidad. Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y Sida e ITS en Chile. 2010.

Fundación Desafío. (2014). Análisis de los Proyectos de Código Orgánico de Salud: Avanzando hacia una definición de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 15 de abril 2014 de: <http://www.fundaciondesafio-ec.org/>

Gambara D'Errico, Hilda. (2008). *Yo Decido Promover la Sexualidad Saludable*. Madrid, España.

García Rodrigo. (2001). *Los derechos sociales como derechos humanos fundamentales. Su imprescindibilidad y sus garantías*. (1era Ed.) DF-México.: Arazandi.



- García, María Antonieta. (1994). *Elites discriminadas: sobre el poder de las mujeres*. Barcelona, España: Editorial Antrophos.
- García-Sayán, Diego. (1990). *Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos. Antología Básica*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica.
- Goetschel, A. (2004). *Musas, onditas y misses estereotipos e imágenes de las mujeres quiteñas en los años treinta del siglo XX*. Quito Ecuador: Revista de Ciencias Sociales-FLACSO.
- Iñamagua, D. (2003). *Intercambio de experiencias en Salud Sexual y Reproductiva*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas.
- Lassonde. L. (1997). *Los desafíos de la demografía*. Edición en español UNAM. México D.F.
- León, Magdalena. (1999). *Derechos Sexuales y Reproductivos. Avances Constitucionales y Perspectivas en Ecuador*. Quito, Ecuador: FEDAEPS, IEE.
- MAIS-FCI. (2012). *Acuerdo Ministerial 1162, Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*. Quito-Ecuador.
- Ministerio de Inclusión Social. (2013). *Informe de Gestión. Proyectos Emblemáticos*. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/05/INFORME-MIESS.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *25 años por la SALUD del Ecuador*. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad*. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>).

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad*. Recuperado el 20 de octubre del 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>

Ministerio de Salud Pública. (2012) *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes*. Recuperado el 22 de Octubre de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Ministerio de Salud Pública. (2012). Acuerdo Ministerial 160, *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Edición Especial. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2013). *MSP participa en Congreso de Homeopatía para posibilitar encuentro de modelos de salud*. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/tag/direccion-nacional-de-interculturalidad/>.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente*. Recuperado el 22 de octubre del 2014 de: <http://educacion.gob.ec/enipla/>

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente*. Recuperado el 15 de Agosto de 2014 de: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Geo Salud*. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de: <https://geosalud.msp.gob.ec>

Ministerio de Salud. (2006). *Normas para la instalación de dispensadores de condones y para la comercialización de condones de látex natural*. Recuperado el 14 de junio del 2015 de: <http://www.hospitalmacas.gob.ec/transparencia2013/informacionlegal/regulacion/NormasInstalacionDispensadoresPreservativos.pdf>.

Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Indicadores de salud*. Recuperado el 29 de mayo de 2014 de: [www.hdr.undp.org](http://www.hdr.undp.org).

OCDE. (2013). *Better Life Index*. Recuperado el 20 de octubre de: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>

OCDE. (2014). *Salud*. Recuperado el 31 de octubre de 2014 de: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>

OECD. (2014). *Estadísticas salud*. Recuperado el 18 de junio de 2014 de: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2014.pdf> y; Atlas de desigualdades Socio Económicas del Ecuador. (2013). Secretaria de Planificación y Desarrollo.

OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 1 de abril 2014 de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

OMS. (1975). *Education and treatment in human sexuality*. Recuperado el 1 de abril de 2014 en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/#](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/#)

OMS. (1975). *Education and treatment in human sexuality*. Recuperado el 10 de julio del 2014 de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38247>

- OMS. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Recuperado el 1 de abril del 2014 de: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- OMS. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva, Switzerland.
- OMS. (2010). *La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 12 de Julio 2014 de: [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf).
- OMS. (2013). *Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323*, Recuperado el 1 de mayo de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado el 1 de mayo de 2014 de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- ONU. (1994). *Preámbulo Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. pág. 12. El Cairo 5 a 13 de Septiembre*. Recuperado el 18 de mayo de 2014 de: [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)
- ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Recuperado el 14 de mayo del 2014 de: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa\\_2.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf)
- ONU. (2001). *Informe de la Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia*. Recuperado el 10 de Octubre de 2014 de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.189/12>. Recuperado el 14 de mayo de 2014 de: [http://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/aconf189\\_12.pdf](http://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/aconf189_12.pdf)
- ONU. (2001). *Informe de la Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia*.

ONU. (2002). *Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Recuperado el 14 de mayo del 2014 de: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/reports.shtml>

Organización Panamericana de la Salud (1999) *¿Qué es la OPS?* Recuperado el 1 de abril de 2014 en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *El cóndor, la serpiente y el colibrí*. Editado por Rodrigo Fierro Benítez. Quito, Ecuador.

Pacari. (1998). *Derechos Sexuales en el Ecuador. Acta 43. Comisión General: Por el día internacional de la no violencia contra la mujer y los derechos humanos, se recibe a la comisión de la mujer, el niño, juventud y familia*. Recuperado el 14 de mayo del 2014 de: <http://heroínas.blogspot.com/2011/01/una-mujer-ejemplar-de-ecuador.html>

Proclamación de Teherán. (1968). Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, el 13 de mayo de 1968, ONU Doc. A/CONF. 32/41.

Programa de Extensión de Cobertura en Salud. MSP, OPS/OMS, MODERSA. (2004). Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Programa Género y Equidad. *Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva*. (2010). Chile: FLACSO.

Proyecto Esfera. (2004). *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria, establecido bajo las normas de la OMS*. Recuperado el 26 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/hac/techguidance/esfera.pdf>

Proyecto Esfera. (s.f.) *Carta Humanitaria*. Recuperado el 15 de mayo de 2014 de: <http://www.spherehandbook.org/es/que-es-esfera/>

Secretaría de Planificación y Desarrollo. (2013). *Atlas de desigualdades Socio Económicas del Ecuador*. Quito, Ecuador.

Senplades. (2010). *Atlas de Desigualdades*. Recuperado el 18 de julio de 2014 de: <http://documentos.senplades.gob.ec/Atlas%20de%20las%20Desigualdades.pdf>

Starfield, B. (1992). *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York, United States: Oxford University Press.

## **ANEXOS**

**Anexo 1. Cuadro Enunciativo de los Principales Instrumentos Internacionales y Nacionales Relativos o Relacionados con el Derecho a la Salud**

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
Declaración Universal de los Derechos Humanos	10 de Diciembre 1948	10 de Diciembre 1948	<p><b>Artículo 3.-</b> Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</p>
			<p>El elemento básico para garantizar un derecho a la salud es en primera instancia contar con el reconocimiento universal a una vida segura.</p>
			<p><b>Artículo 5.-</b> Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.</p> <p>Ninguna persona debe verse subordinado a maltratos bajo ninguna circunstancia. Está relacionado con el derecho a la salud debido que todos los servicios de salud deben tener un trato digno y de calidad.</p>
<p><b>Artículo 12.-</b> Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.</p>			



INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>Hacemos referencia a este artículo, en razón a la vida sexual de las personas, la misma no debe verse afecta por temas de reputación. La salud también depende de una ambiente de respeto.</p> <p><b>Artículo 25</b></p> <p>Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p> <p>1.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p> <p>Los numerales anteriores hacen mención a la necesidad de garantizar un salud comunitaria, un equilibrio social que depende también de la salud de sus habitantes.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre	30 de abril de 1948	30 de abril de 1948	<p>Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.</p> <p>Por tano se hace referencia a la preservación de la salud y el bienestar.</p>
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	<b>16 de diciembre 1966</b>	<b>25 de marzo de 1976</b>	<p><b>Artículo 7.-</b> Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.</p> <p>Este articulo hace hincapié una vez más a la importancia de contar con un derecho a la salud de calidad y aceptable para la población</p>
Convención Americana sobre Derechos Humanos	<b>22 de noviembre 1969</b>	<b>18 de julio 1978</b>	<p><b>Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal</b></p> <p>1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.</p> <p>2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.</p> <p>Al hablar de los ámbitos físicos, psíquicos y morales incluimos que la salud sexual se desenvuelve mas alla del ámbito físico, de la atención únicamente del sistema reproductivo, sino se afirma que este es un completo integral y por tanto las políticas públicas deberán abarca el conjunto de dimensiones de la salud.</p> <p><b>Artículo 26. Desarrollo Progresivo</b></p> <p>Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p><b>Artículo 29. Normas de Interpretación</b></p> <p>Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de:</p> <p>a) permitir a alguno de los Estados Partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella;</p> <p>b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo.</p> <p>Los atributos reconocidos internacionalmente en torno al derecho a la salud deberán ser la base para la garantía particular de cada estado. Los estados velarán por cubrir estos elementos esenciales que constituyen el derecho a la salud.</p>
<p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</p>	<p><b>16 de diciembre 1966</b></p>	<p><b>3 de Enero 1976</b></p>	<p>Artículo 12</p> <p>1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;</p> <p>b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;</p> <p>c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</p> <p>d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p> <p>Cuando el derecho a la salud expresa el nivel más alto posible recalcar que los estados tienen como responsabilidad utilizar todos los medios posibles (establecimientos de objetivos, programas focalizados en las demandas de salud, mejoramiento y control de los servicios, así como la creación de políticas que aseguran a los usuarios una mejor calidad de vida).</p>
Protocolo de San Salvador sobre DESC	<b>17 de noviembre de 1988</b>	<b>17 de noviembre de 1988</b>	<p><b>Artículo 1</b></p> <p><b>Obligación de Adoptar Medidas</b></p> <p>Los Estados partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.</p> <p><b>Artículo 2</b>  <b>Obligación de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno</b>  Si el ejercicio de los derechos establecidos en el presente Protocolo no estuviera ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de este Protocolo las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos.</p> <p><b>Artículo 10</b>  <b>Derecho a la Salud</b>  1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:</p> <p>a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;</p> <p>b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;</p> <p>c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;</p> <p>d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;</p> <p>e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y</p> <p>f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>La importancia de que se establezca dentro del Protocolo de San José el derecho a la salud es debido a que con este se involucra el derecho a la salud como un derecho igual de indispensable que un derecho civil o político. Que no los derechos humanos tiene la misma relevancia para la vida ser humano.</p>
<p>Constitución de la Organización Mundial de Salud</p>	<p>7 de abril 1948</p>	<p>7 de abril 198</p>	<p>Parte Considerativa:</p> <p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.</p> <p>El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.</p> <hr/> <p>Parte Considerativa</p> <p>El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.</p> <hr/> <p>Parte Considerativa:</p> <p>Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.</p>



INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.</p>
<p>Constitución de la República del Ecuador</p>	<p>24 de julio 2008</p>	<p>20 de Octubre 2008</p>	<p>Art. 32 DERECHOS DEL BUEN VIVIR”</p> <p>La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>El Ecuador es uno de los países pioneros en garantizar el derecho a la salud sexual. Esta garantía visualiza la necesidad de incluir la vida sexual saludable como parte del conjuntos de derechos que se necesitan para un buen vivir.</p> <p>Art. 35.- Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (Capítulo Sexto “Derechos de Libertad”)</p> <p>Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>Los medios necesarios deben exigirse, a medida de gastar todas las herramientas constitucionales posibles para exigir que las personas puedan tomar decisiones sexuales libres y responsables.</p> <p>Art 358, 359, 360 y 361.- Del Sistema Nacional de Salud.- Establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.</p>
El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017	Enero 2013	2013-2017	<p>Las Políticas con tendencia universalista se promueven. Corresponden disponer la eliminación de las barreras de acceso a la educación y a la salud públicas, en procura de la universalización de su cobertura, igualdad, cohesión y la integración social y territorial en la diversidad.</p> <p>La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.</p> <p>En el Objetivo 2, <i>Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y</i></p> <p>Se menciona la creación e implementación de mecanismos y procesos en los servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad poblacional.</p> <p>En el Objetivo 3</p> <p>Se menciona: “El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y</p>

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y cérvico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, y campañas educativas” (Pág. 139)</p> <p>Por tanto, se menciona después de casi 4 años de haberse consagrado el derecho a la salud sexual en la constitución, la creación una política que transite y vele campo de la salud sexual integral.</p>
Ley Orgánica de Salud	Fecha de publicación: 22 de diciembre 2006	Fecha de última reforma 24 de enero 2012	Art. 6 Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

INSTRUMENTO	Fecha de aprobación	Fecha de Vigencia	Análisis para el Ecuador
			<p>ART.10 Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”</p>

## **Anexo 2. Análisis Estadístico - Índice Desarrollo Humano**

Los países miembros de la OCDE realizan encuestas periódicas con el fin de proporcionar información sobre diferentes aspectos de su salud. La sugerencia por parte de la OCDE es la inversión en el gasto público de atención a la salud, pues éste contribuye a mejorar la esperanza de vida. Sin embargo otros factores, como el aumento en los estándares de vida, las mejoras en materia de medio ambiente, los cambios en el estilo de vida y la educación, también contribuyen de manera importante. (OCDE, 2014).

Este anexo tiene por objeto analizar la medida de gasto público de diferentes países de la OCDE. Los siguientes indicadores pertenecen a países de nivel alto de desarrollo humano, nivel muy bueno de desarrollo humano y nivel medio de desarrollo humano.

## HEALTH CARE RESOURCES

## Physicians, Density per 1 000 population (head counts)

	2000- 2012 (or nearest year)
Australia	3,3
Austria	4,9
Belgium	2,9
Canada	2,5
Chile	1,7
Czech Republic	3,7
Denmark	3,5
Estonia	3,3
Finland	3,3
France	3,3
Germany	4,0
Greece	6,2
Hungary	3,1
Iceland	3,6
Ireland	2,7
<u>Israel</u>	3,3
Italy	3,9
Japan	2,3
Korea	2,1
Luxembourg	2,8
Mexico	2,2
Netherlands	3,1
New Zealand	2,7
Norway	4,2
Poland	2,2
Portugal	4,1
Slovak Republic	3,4
Spain	3,8
Sweden	3,9
Switzerland	3,9
Turkey	1,7
United Kingdom	2,8
United States	2,5
<b>OECD AVERAGE</b>	<b>3,2</b>

Tomado de (OCDE, 2014)



## HEALTH CARE RESOURCES

### Nurses, Density per 1 000 population (head counts)

	2000-2012 (or nearest year)
Australia	10,2
Austria	7,8
Belgium	9,5
Canada	9,4
Chile	4,2
Czech Republic	8,1
Denmark	15,4
Estonia	6,2
Finland	10,5
France	9,1
Germany	11,3
Greece	3,3
Hungary	6,3
Iceland	15,2
Ireland	12,6
<u>Israel</u>	4,8
Italy	6,4
Japan	10,5
Korea	4,8
Luxembourg	11,9
Mexico	2,6
Netherlands	11,9
New Zealand	10,1
Norway	16,5
Poland	5,5
Portugal	5,8
Slovak Republic	5,8
Slovenia	8,2
Spain	5,2
Sweden	11,1
Switzerland	16,6
Turkey	1,8
United Kingdom	8,2
United States	11,1
<b>OECD AVERAGE</b>	<b>8,8</b>

Tomado de (OCDE, 2014)

## HEALTH CARE RESOURCES

### Medical graduates, Per 100 000 population

	2000-2012 (or nearest year)
Australia	14,0
Austria	19,6
Belgium	10,6
Canada	7,6
Chile	7,8
Czech Republic	15,1
Denmark	16,8
Estonia	10,3
Finland	14,6
France	9,0
Germany	11,9
Greece	14,3
Hungary	13,9
Iceland	13,8
Ireland	17,0
<u>Israel</u>	3,8
Italy	11,1
Japan	5,9
Korea	8,2
Luxembourg	..
Mexico	11,6
Netherlands	14,7
New Zealand	7,9
Norway	11,5
Poland	9,2
Portugal	13,3
Slovak Republic	11,5
Slovenia	12,9
Spain	9,5
Sweden	8,6
Switzerland	9,8
Turkey	6,5
United Kingdom	11,3
United States	6,9
<b>OECD AVERAGE</b>	<b>11,2</b>

Tomado de (OCDE, 2014)

## HEALTH CARE RESOURCES

### Total hospital beds, Per 1 000 population

	2012 (or nearest year)
Australia	3,8
Austria	7,7
Belgium	6,3
Canada	2,7
Chile	2,2
Czech Republic	6,7
Denmark	3,1
Estonia	5,5
Finland	5,3
France	6,3
Germany	8,3
Greece	4,9
Hungary	7,0
Iceland	3,3
Ireland	2,8
<u>Israel</u>	3,1
Italy	3,4
Japan	13,4
Korea	10,3
Luxembourg	5,2
Mexico	1,6
Netherlands	4,7
New Zealand	2,8
Norway	4,0
Poland	6,5
Portugal	3,4
Slovak Republic	5,9
Slovenia	4,5
Spain	3,0
Sweden	2,6
Switzerland	4,8
Turkey	2,7
United Kingdom	2,8
United States	3,1
<b>OECD AVERAGE</b>	<b>4,8</b>

Tomado de (OCDE, 2014)

## HEALTH CARE ACTIVITIES

## Doctors consultations, Number per capita

	2000-2012 (or nearest year)
Australia	6,9
Austria	6,8
Belgium	7,4
Canada	7,9
Chile	3,4
Czech Republic	11,1
Denmark	4,7
Estonia	6,4
Finland	2,7
France	6,7
Germany	9,7
Greece	4,0
Hungary	11,8
Iceland	5,9
Ireland	3,8
Israel	6,2
Italy	7,2
Japan	13,0
Korea	14,3
Luxembourg	6,6
Mexico	3,0
Netherlands	6,2
New Zealand	3,7
Norway	4,4
Poland	7,0
Portugal	4,4
Slovak Republic	11,2
Slovenia	6,3
Spain	7,4
Sweden	..
Switzerland	4,0
Turkey	8,2
United Kingdom	5,0
United States	4,0
<b>OECD AVERAGE</b>	<b>6,7</b>

Tomado de (OCDE, 2014)

### Anexo 3. Índice de Abreviaturas

APS-R	Atención Primaria de Salud Renovada.
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
ENIPLA	Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de embarazos en adolescentes.
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud.
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
MSP	Ministerio de Salud Pública.
OMS	Organización Mundial de Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
TAPS	Técnico en Atención Primaria en Salud.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.