

UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL



CARRERA DE DERECHO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO
DE ABOGADO DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA**

TEMA:

**Políticas Públicas en el área de salud sexual y reproductiva, conforme dispone la
Constitución de la República del Ecuador.**

AUTOR:

ISRAEL ADRIAN RUIZ TUTIVÉN

TUTORA:

DRA. BLANCA ORTEGA LÓPEZ, MSC.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

Políticas Públicas en el área de salud sexual y reproductiva, conforme dispone la Constitución de la

AUTOR/ ES:

Ruiz Tutivén, Israel Adrian

REVISORES / TUTOR:

Blanca Ortega López, MSc.

INSTITUCIÓN: Universidad Laica

VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil

FACULTAD:

Ciencias Sociales y Derecho

CARRERA: Derecho

FECHA DE PUBLICACION: 2018

Nº DE PÁGS: 110

ÁREAS TEMÁTICAS:

Derecho

PALABRAS CLAVE: Derecho Comparado, Legislación, Comportamiento Sexual, Política de Salud,

Control de Natalidad.

RESUMEN:

La Constitución de la República del Ecuador garantiza en su artículo 3 el goce de los derechos, sobretodo el de la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua. El derecho a la salud tiene inclusive su propio apartado en el que claramente se determina la obligación del Estado a instaurar políticas públicas, entre las cuales están los servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI x

NO

CONTACTO CON

Teléfono:

E-mail:

AUTOR/ES:

Ruiz Tutivén, Israel Adrian

0996512882

israel_art94@hotmail.com

CONTACTO EN LA

Nombre: Abg. Marcos Oramas Salcedo Mg.

INSTITUCIÓN:

Teléfono: 2596500

E-mail: moramass@ulvr.edu.ec

Quito: Av. Whympers E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/ 1; y en la Av. 9 de octubre 624 y

Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/ 9. Fax: (593 2) 250-9054

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ANTEPROYECTO CORREGIDO FINAL 06-05.docx (D38388045)
 Submitted: 5/7/2018 12:30:00 PM
 Submitted By: cbaquerizob@ulvr.edu.ec
 Significance: 5 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL CON ANEXOS (1).docx (D11295955)
 MARTHA MARIA RUIZ AROCA (Reparado).docx (D9437445)
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017001200005
<https://cssr-ecuador.org/biblioteca/catalogo>
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MANUELA-RAMOS-SSR_Marco_Juridico.pdf
<https://www.slideshare.net/INPPARESinforma/salud-reproductiva-aspectos-legales-derechos-de-usuarios-deberes-de-proveedores-aspectos-ticos>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400009
<http://www.laprensa.hn/mundo/1114486-410/usa-eeuu-trump-anula-acceso-gratuito-anticonceptivos-obamacare>
<http://www.hidden-pockets.com/national-health-policy-2017-whats-in-it-for-sexual-and-reproductive-health/>
<http://www.redalyc.org/html/283/28334405/>
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v31n1/enf01115.pdf>
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200003>
<http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Instances where selected sources appear:

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

**Dra. Blanca Ortega López, Msc.
TUTORA DE LA TITULACIÓN**

CERTIFICO.- Que el presente trabajo, denominado: Políticas Públicas en el área de salud sexual y reproductiva, conforme dispone la Constitución de la República del Ecuador, realizado por el Sr. Israel Ruiz Tutivén, con C.C. No. 093137399-7; cumple con los requisitos previos para optar el Título de Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.


Dra. Blanca Ortega López, Msc.

Tutora

Guayaquil, Julio 2018

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, ISRAEL ADRIAN RUIZ TUTIVEN, con C.C. No. 093137399-7, declaro ser autor del presente trabajo de investigación de grado: Políticas Públicas en el área de salud sexual y reproductiva, conforme dispone la Constitución de la República del Ecuador, siendo la Dra. Blanca Ortega López, Msc. , tutora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Laica "Vicente Rocafuerte" de Guayaquil y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Adicionalmente declaro conocer y aceptar las disposiciones de la Universidad Laica "Vicente Rocafuerte" de Guayaquil que en lo pertinente forme parte del patrimonio de la Universidad, esta propiedad intelectual de investigación científica y técnica de grado.



Autor: Israel Adrián Ruiz Tutivén

C.C. No. 0931373997

Guayaquil, Julio 2018

DEDICATORIA

Respecto de mis cinco años de sacrificio y esfuerzo a lo largo de mi carrera y más los meses, casi seis años en relación al presente trabajo de investigación, previo a la obtención de mi título como Abogado, ansío dedicar esta valiosa lucha de años cursados a:

1. DIOS, porque creo fielmente en su existencia, y en mi fe hacia él, he podido encontrar salida a grandes dificultades que se han presentado en mi vida.
2. A MI MADRE, Sra. Mónica Tutivén, que con una mano en el cielo y su otra mano estricta, supo construir una persona de valores y principios.
3. A MI PADRE, Sr. Javier Ruiz Lopéz, quién siendo también actor de mi vida, me enseñó que la vida no sólo tiene momentos de felicidad, si no también se acompaña de vacíos y que todo es superable.
4. A MIS ABUELITOS, Sres. Wacho y Gladys, quienes forjaron a sus hijos los cuales nos han transmitido lo importante que es el esfuerzo y el estudio.
5. A MI HERMANO, Ing. Javier Ruiz, quien es mi compañero de vida y siempre estaremos el uno para el otro en las buenas y en las malas.
6. A QUIENES SE BENEFICIEN del presente trabajo de investigación, es importante mencionar que la salud sexual es obligatoria en cualquier parte del mundo y como profesionales del derecho debemos hacer que se respete lo legislado e implementar las mejoras posibles en el sistema de salud.

Con actitud y respeto,

Israel Adrian Ruiz Tutivén

AGRADECIMIENTO

Hay un sinnúmero de personas a quienes debo agradecer que me estuvieran ayudando a salir adelante con este paso en mi vida.

GRACIAS A DIOS por otorgarme la fortaleza necesaria para seguir luchando.

GRACIAS A MI MADRE, Sra. Mónica Tutivén, a quien amo mucho y seguiré amando no importa donde este ella o yo, amor de madre a hijo solo es uno y no se compara con nada.

GRACIAS A MI HERMANO, Ing. Javier Ruiz, quien ha sabido corregirme y lo seguirá haciendo porque por eso es el hermano mayor y mi mamá lo dejo a cargo de la situación (Tarea Difícil).

GRACIAS A MI PADRE, Sr. Javier Ruiz López, por todo el tiempo dado, apoyo total y por el aprendizaje enseñado.

GRACIAS A MI FAMILIA, PRIMOS, PRIMAS, TÍOS, TÍAS, quienes también son actores importantes y que con sus buenos deseos me he motivado a seguir batallando en mis metas.

GRACIAS A MI TUTORA, Dra. Blanca Ortega López, quien siempre supo enseñar con amor y nunca escuche un pero para ayudar a alguien o regalarle una sonrisa.

Para culminar debo agradecer también a todas las personas que

Crean en mí.

Con actitud y respeto,

Israel Adrian Ruiz Tutivén

RESUMEN

La Constitución de la República del Ecuador garantiza en su artículo 3 el goce de los derechos, sobretodo el de la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua. El derecho a la salud tiene inclusive su propio apartado en el que claramente se determina la obligación del Estado a instaurar políticas públicas, entre las cuales están los servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Es necesario hacer un estudio a fin de constatar si esas políticas públicas existen en la actualidad, si se han puesto en práctica y de ser así, cuáles son los programas que hay para la ciudadanía, qué servicios se ofrecen a fin de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva, además de establecer si ésta tiene real acceso a dichas políticas públicas y en qué proporción. En el hipotético caso de que no se tenga un acceso eficaz a los servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, es necesario analizar si existe o no existe afectación de derechos fundamentales. Es ahí cuando surge la duda y la propuesta sobre la que versa el presente trabajo de investigación. Es por esta razón que se busca determinar la calidad del impulso de políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva, analizando la posible vulneración de derechos constitucionales en caso de falta de ejecución de las mismas por parte del Ministerio de Salud Pública para recomendar una educación en salud sexual y reproductiva hacia la ciudadanía.

Palabras Clave:

Políticas públicas, salud sexual, salud reproductiva, atención integral, métodos anticonceptivos

ABSTRACT

The article 3 of the Ecuadorian Constitution guarantees the enjoyment of rights, especially education, health, food, social security and water. The right to health has even its own section and it clearly determines the responsibility of the Ecuadorian State to launch public policies, such as services of promotion and comprehensive health care, sexual health and reproductive health. It becomes necessary to verify if these public policies already exist, if these have been put into practice and if so, what are the programs for the citizenship, what services are offered in order to guarantee the right to sexual and reproductive health, as well as establishing if it has real access to these public policies and its measurement. In the hypothetical case there is no effective access to the services of promotion and comprehensive health care, sexual health and reproductive health, we must analyze whether or not there is an infringement of fundamental rights. This is when the doubt and the proposal on which the present research work is presented.. That is the reason because we find to get the quality in public policy in sexual health area, analyzing the infringement of human rights.

Keywords:

Public policies, sexual health, reproductive health, comprehensive care, contraception
methods

ÍNDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. DELIMITACIÓN O ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.5.1. Objetivo general	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
1.6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.6.1. Variables.....	8
1.6.1.1. Variable Dependiente	8
1.6.1.2. Variable Independiente.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1.1. Políticas públicas.....	9
2.1.2. Derecho a la Salud.....	10
2.1.3. Salud Sexual y Reproductiva	11
2.1.3.1. Planificación familiar	14
2.1.3.2. Embarazo adolescente	16
2.1.3.3. Métodos anticonceptivos	18

2.1.4. Derecho a la Libertad	24
2.1.5. Principio de no regresividad de los derechos	25
2.1.6. Legislación comparada.....	26
a) Colombia	26
b) España	28
c) Estados Unidos	30
e) India.....	31
e) Perú.....	33
2.2. MARCO LEGAL.....	35
2.2.1. Principales Tratados Internacionales de Derechos Humanos.	35
2.2.2. Otros documentos de las Naciones Unidas reconocidos.....	36
2.2.3. Constitución de la República del Ecuador	40
2.2.4. Normativa interna (infraconstitucional)	41
2.2.4.1. Ley Orgánica de Salud	41
2.2.4.2. Ley Orgánica de Educación Intercultural	44
2.2.4.3. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.....	45
2.2.4.3. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida.....	47
2.2.4.5. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021.	47
2.2.4.6. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	49
2.2.4.7. Acuerdo Ministerial No. 5316 sobre el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial.....	51
2.3. MARCO CONCEPTUAL	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	55

3.1. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.1.2. Tipo de investigación.....	55
3.1.3. Enfoque de la investigación	56
3.1.4. Técnicas de investigación	56
3.1.5. Tratamiento de la investigación	56
3.1.6. Procesamiento y análisis	57
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	57
3.3.1. Población	57
3.3.1.1. <i>Universo para la muestra.</i>	58
3.3.2. Muestra	58
3.3.3. Análisis de la información.....	60
3.4. Modelo de encuesta	61
3.5. Presentación y resultados	63
3.6. Encuestas y análisis de resultados	63
3.7. Entrevista a Expertos	75
3.7.1. <i>Análisis y comentarios sobre entrevistas a experto</i>	85
3.8. Conclusiones	85
3.9. Recomendaciones	88
3.10. Propuesta.....	90
4. ANEXOS	93
5. REFERENCIAS	94
5.1. Referencias bibliográficas.....	94
5.2. Referencias legales:	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población de Guayaquil al 2017.....	58
Tabla 2: Habitantes entre 18 y 40 años en Guayaquil	58
Tabla 3: Resultado de fórmula.....	60
Tabla 4: Resultado de encuestas	62
Tabla 5: Resultado de pregunta 1	63
Tabla 6: Resultado de pregunta 2	65
Tabla 7: Resultado de pregunta 3	67
Tabla 8: Resultado de pregunta 4	68
Tabla 9: Resultado de pregunta 5	69
Tabla 10: Resultado de pregunta 6	70
Tabla 11: Resultado de pregunta 7	71
Tabla 12: Resultado de pregunta 8	72
Tabla 13: Resultado de pregunta 9	73
Tabla 14: Resultado de pregunta 10	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Métodos anticonceptivos.....	18
Gráfico 2: Métodos anticonceptivos Plan Obligatorio de Salud	28
Gráfico 3: Representación Gráfica de la Pregunta No. 1	63
Gráfico 4: Representación Gráfica de la Pregunta No. 2	65
Gráfico 5: Representación Gráfica de la Pregunta No. 3	67
Gráfico 6: Representación Gráfica de la Pregunta No. 4	68
Gráfico 7: Representación Gráfica de la Pregunta No. 5	69
Gráfico 8: Representación Gráfica de la Pregunta No. 6	70
Gráfico 9: Representación Gráfica de la Pregunta No. 7	71
Gráfico 10: Representación Gráfica de la Pregunta No. 8	72
Gráfico 11: Representación Gráfica de la Pregunta No. 9	73
Gráfico 12: Representación Gráfica de la Pregunta No. 10	74
Gráfico 13: Cobertura de Atenciones de Control Prenatal y Planificación Familiar de Adolescentes 2017	84

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las políticas de salud sexual y reproductivas y su desarrollo son temas bastantes mediáticos a nivel mundial a causa de la existencia de prejuicios, moralidad o tipo de cultura que pueden suscitar debate a nivel mundial a causa de su aceptación o rechazo a nivel legislativo o político.

Países como India en los que no existía hasta hace una década una política de salud sexual en el ámbito sexual y reproductivo, trajo como consecuencias a mediano y a largo plazo sobrepoblación, embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual. Mientas otras naciones, tienen prejuicios bastante arraigadas producto de creencias religiosas, o simplemente, naciones de Latinoamérica no están a la par en cuanto a dichas que las políticas en este ámbito tienen mucho que ver con la libertad de cada ser humano en cuanto a sus decisiones libres y voluntarias de su vida privada.

Desde hace varias décadas, es un derecho fundamental el acceso a la salud, mucho antes de que así lo reconociera la Constitución de Montecristi del 2008, pues existían convenciones internacionales a las que el Ecuador estaba suscrito y lo planteaban de dicha manera, pero es desde la Constitución de 1998 y sobretodo la del 2008 que se encuentra vigente que el Estado garantiza específicamente el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a través de políticas públicas.

Es necesario preguntarnos si dichas políticas públicas se llevan a cabo y llegan a toda la ciudadanía; si esos servicios que promete el Estado realmente son brindados a todos los

ciudadanos sin importar condición sexual, económico o étnico; si los métodos anticonceptivos son aconsejados por los médicos de la red pública, cuáles son esos métodos y si existen impedimentos o condiciones legales a cumplir para acceder a métodos anticonceptivos definitivos.

Art. 32.- 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. (Registro Oficial 449, 2008).

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 32 determina que el Estado garantizará el derecho a la salud 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 en salud sexual y salud reproductiva, que 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.

Estas políticas de salud, en cuanto a las características que le otorga la Constitución, refiriéndonos a la doctrina en bioética existente, podrían incluso verse como rasgos de un

patrón médico estatal, cuyo objeto de estudio y análisis en el área del Derecho ha llevado a muchos autores a apasionantes debates.

Estas políticas públicas educativas y sociales en temas de salud, son de exclusiva competencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en base al principio de especialidad. Dicha cartera de Estado efectivamente la ha plasmado a lo largo de estos años en distintos documentos (protocolos, reglamentos, directrices, planes, políticas), sin embargo es necesario investigar cuál es el alcance del actual Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y si, pese a que la Constitución se encuentra promulgada desde el año 2008, se están ejecutando las políticas de salud garantizadas.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte. Para el ejercicio de los derechos y las garantías constitucionales no se exigirán condiciones o requisitos que no estén establecidos en la Constitución o la ley.

6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía.

7. El reconocimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no excluirá los demás

derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio. Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos. (Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 del 20 de octubre del 2008)

Y dentro de la investigación sobre el cumplimiento de estas políticas, cabe además ahondar sobre el tema de los métodos anticonceptivos definitivos y no definitivos, saber si se ha llevado a cabo la garantía del acceso a dichos métodos por parte de la ciudadanía, si ha habido una real difusión y concientización sobre la planificación familiar. A su vez, conocer cuántas personas han podido acceder a los mismos, si existen casos en los que no y la razón y, de ser así, determinar qué norma infra constitucional se estaría inaplicado, así como determinar si se está garantizando el pleno goce de los derechos estipulado en el artículo 11 de la Constitución citado en líneas anteriores, sobre todo en lo referente a la condición de igualdad de derechos, a las características de inalienabilidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, interdependencia de los mismos, así como su progresividad a través de normas, jurisprudencia y políticas públicas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la obligación del Estado ecuatoriano en su rol de garantizar la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva?

1.3. DELIMITACIÓN O ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se origina en que la Constitución vigente del año 2008, reconoce como derecho fundamental a la salud, siendo que ésta engloba ciertas prerrogativas a las que está obligado el Estado para con sus ciudadanos, específicamente la implementación de políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva.

Se tomará en cuenta la opinión de la ciudadanía a través de encuestas, así como entrevistas con expertos en el tema como médicos. Asimismo, en cuanto al tiempo que delimitan el presente trabajo de investigación, se tomará en cuenta el año 2017 en curso, considerando que desde la promulgación de la Constitución hasta la actualidad han transcurrido aproximadamente nueve años.

Se determinarán normas y disposiciones, tanto nacionales como legislación comparada, que establezcan sobre la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva, principio de no regresión de los derechos, existencia de Leyes, reglamentos o resoluciones en este ámbito, siendo que su alcance en el tiempo es indeterminado.

Es necesario indicar que el proyecto basa su investigación en analizar la realidad actual nacional en cuanto a si la ciudadanía tiene verdaderamente acceso a las políticas públicas que la Constitución reconoce, cuáles son esos programas, si éstos son eficaces y si existe un auténtico goce del derecho.

La investigación que se realizará es normativa y referencial, a efectos de determinar lo indicado en los párrafos anteriores. Sin embargo es necesario además ejecutar una investigación de campo consistente en la recopilación de información

entre la ciudadanía, específicamente entre usuarios del sistema de salud pública, donde se puedan evidenciar si existe o no el acceso que garantiza la Constitución a políticas en temas de salud sexual y reproductiva.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente existe bastante publicidad en radio, televisión y prensa escrita sobre cómo el gobierno actual da a conocer que se garantiza a la ciudadanía en general el derecho a la salud. Pero es necesario preguntarnos si en realidad se está ejerciendo el pleno goce de dicho derecho, pues no basta con atención médica ambulatoria cuando se tiene una dolencia, sino que el Estado debe ir más allá: debe velar porque sus ciudadanos tengan una vida sexual y reproductiva saludable enmarcada en el derecho a la libertad y a la no discriminación por sus decisiones.

El derecho a la salud y la obligación del Estado ecuatoriano a la implementación de políticas públicas de salud, específicamente servicios de promoción y atención integral en salud sexual y salud reproductiva, se encuentra reconocido en la Constitución en su artículo 32. No hay que olvidar que en lo que respecta a políticas públicas, el Estado ejerce un rol garantista, mismo que debe ser equilibrado pero sobretodo ejecutado, pues no es suficiente con la redacción de normas o principios que al final no llegan a ser de conocimiento o goce del ciudadano común.

Ecuador como país latinoamericano se caracteriza por tener una población bastante joven, sexualmente activa y se vuelve imperativo conocer si dicha población está enterada sobre los programas que ofrece o debe ofrecer el Ministerio de Salud Pública a través de las casas de salud en cuanto a los métodos anticonceptivos existentes. No se debe pasar por alto a que cada persona tiene derecho a decidir sobre su vida sexual y reproductiva así como a

escoger cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, así como a elegir no tenerlos, por lo que dichos métodos también incluyen los definitivos.

Sería bueno poder establecer el número de casos en los que hombres y mujeres han podido acceder a métodos anticonceptivos definitivos de manera voluntaria, a través de las redes del Ministerio de Salud Pública. Con dicha cifra, se podría determinar si existe un real goce del derecho o una afectación y en qué medida.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

- Determinar la calidad del impulso de políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva, analizando la posible vulneración de derechos constitucionales en caso de falta de ejecución de las mismas por parte del Ministerio de Salud Pública para recomendar una educación en salud sexual y reproductiva hacia la ciudadanía.

1.5.2. Objetivos específicos

- Realizar un estudio normativo sobre las directrices existentes en el Ministerio de Salud Pública referente al tema de políticas de salud sexual y reproductiva.
- Ejecutar una investigación de campo con la finalidad de determinar si la ciudadanía ha podido tener acceso a métodos anticonceptivos reversibles e irreversibles.
- Determinar si el Estado ecuatoriano cumple con su rol garantista en cuanto a ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.
- Establecer las posibles consecuencias sociales y jurídicas a futuro en caso de que el Estado no cumpla a cabalidad con su rol garantista.

1.6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existen deficiencias en la calidad de la implementación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva incumpliendo con el mandato constitucional.

1.6.1. Variables

1.6.1.1. Variable Dependiente (EFECTO)

Deficiencia en la implementación de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

1.6.1.2. Variable Independiente (CAUSA)

Incumplimiento al mandato constitucional en cuanto a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO REFERENCIAL

En nuestro país la realidad social sobre el acceso a métodos anticonceptivos con eficacia, es un tema que amerita estudio e investigación, pues el embarazo adolescente va en aumento, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, lo cual implica una severa falta de educación en ese ámbito, o bien falta de difusión sobre las políticas públicas que buscan garantizar ese acceso.

2.1.1. Políticas públicas

Existen varios puntos de vista sobre la definición o conceptualización de la naturaleza de la política pública como tal, pero todas y cada una de ellas coinciden que es una obligación estatal para sus conciudadanos, como parte del contrato social suscrito entre todos como esencia de una sociedad democrática.

[...] es posible comprender como políticas públicas las acciones que nacen del contexto social, pero que pasan por la esfera estatal como una decisión de intervención pública en una realidad social, ya sea para hacer inversiones o para una mera regulación administrativa. Se entiende por políticas públicas el resultado de la dinámica del juego de fuerzas que se establece en el ámbito de las relaciones de poder, relaciones están constituidas por grupos económicos y políticos, clases sociales y demás organizaciones de la sociedad civil. (Lindomar, 2017)

Jean-Claude Thoenig es muy claro cuando destaca que la política pública está presente en todos los ámbitos, pues cuando es objeto de investigación, se observa el trabajo

de las autoridades, que va desde la selección de tópicos y prioridades hasta la toma de decisiones.(Thoenig, 1997)

Menciona (Gavilanez, 2010)que haciendo una revisión sobre el término política pública supo encontrar veintinueve definiciones distintas, que adolecían de fallas de tres tipos. Indica que algunos conceptos son tan específicos que dejan fuera fenómenos que deben ser incluidos como política pública; otros, no concentran todo los elementos que forman parte de la política pública pues desconoce partes fundamentales de la política pública como su objetivo o finalidad, las herramientas para alcanzar sus fines previstos y la posible participación de los particulares en la creación de la política; y, otros por su parte son tan generales que casi admiten que se considere como política pública decisiones o actos que no lo son. Luego de destacar las inconsistencias de las definiciones por él revisadas, propone la siguiente definición:

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definitiva como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener.(Velásquez, 2015)

2.1.2. Derecho a la Salud

“Por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud”. (Álvarez, 2005)

Por su parte, María Cecilia Acuña (2005) se pronuncia sobre las dimensiones del acceso a la salud:

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. Desde una perspectiva social es también un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad. Desde una perspectiva económica, es un factor esencial para el desarrollo productivo de los países.(Acuña, 2005)

Cuando se trata de abarcar el tema del derecho a la salud, debemos comprender que éste no es un derecho aislado e independiente, pues su principal conexión es el derecho a la vida e integridad personal, o mejor dicho, su finalidad es precautelar la integridad del ser humano para salvaguardar la vida.

“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...” (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

2.1.3. Salud Sexual y Reproductiva

La Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como “el estado de bienestar físico, mental y social (y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias) en

todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se dice además que la salud reproductiva “entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud o para procrear, con la libertad de decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad y de su reproducción”.

Según Patricia Uribe “[l]a sexualidad y la reproducción han sido temas donde se han establecido diferencias y limitaciones en la autonomía, comportamientos esperados y poder para la toma de decisiones entre hombres y mujeres”.

Adiciona la autora antes mencionada en cuanto a la salud reproductiva que:

Atiende el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre sexualidad y reproducción, el derecho a recibir servicios adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos, y las máximas posibilidades de tener hijos sanos así como el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a una sexualidad informada, placentera y sin riesgos para su salud. (Uribe, 2014)

Se colige entonces que la salud sexual y reproductiva es básica para todo ser humano, en todos los aspectos de su vida, ya sea en pareja o en familia, fomentando el desarrollo socioeconómico de la comunidad.

La Salud Reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad de la pareja para reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia; en esta condición está incluido el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los

métodos de regulación de la fertilidad de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos. (Izquierdo, 2013)

Según la autora antes citada, los cinco aspectos básicos de la salud reproductiva y sexual son:

- 1) Optimizar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal;
- 2) Brindar servicios de planificación familiar de calidad;
- 3) Eliminar los abortos riesgosos;
- 4) Combatir las enfermedades de transmisión sexual;
- 5) Promover la salud sexual.

Lo antes mencionado es reafirmado si nos remitimos a lo que indica Gieselle Ramírez:

Los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva tienen entre sus objetivos reducir la morbilidad y la mortalidad en problemas de esta índole y lograr un aumento de la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos. Sus temas fundamentales están relacionados con mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar e infertilidad; combatir las enfermedades de transmisión sexual, del sistema reproductor y el cáncer cérvico uterino entre otras afecciones ginecológicas; y promover los temas de salud sexual. (Ramírez, 2015)

Habiendo abordado este tema, es imperativo que se trate sobre la planificación familiar, el embarazo adolescente y los métodos anticonceptivos.

2.1.3.1. Planificación familiar

La planificación merece un apartado en este trabajo de investigación, pues desde mi punto de vista es el término habitual utilizado para referirse al derecho a una salud sexual y reproductiva plena.

“La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción”. (Prendes, Guibert, González, & Serrano, 2015)

Y es que cuando se habla sobre planificación familiar, estamos ante varios aspectos que incluye dicho término, pues no solamente se refiere a aquella decisión capaces de tomar las familias sobre cuántos hijos quieren tener, sino de toda persona a decidir si desea o no tener descendencia o cuánta, para lo cual es necesario dos aspectos fundamentales: la educación sexual y reproductiva, y los métodos de planificación familiar (anticonceptivos).

Entre los (as) jóvenes hay descontento sobre cómo los medios de comunicación informan sobre sexualidad. Los dobles mensajes de la televisión, que por un lado muestra sin protección los placeres del sexo y por otro los pocos mensajes sobre el uso de medidas de prevención de ETS y la casi inexistencia de mensajes sobre el uso de métodos de planificación familiar para jóvenes, fue un aspecto de reiteradas críticas por parte del grupo de jóvenes que hicieron parte del estudio cualitativo. (Mosquera & Mateus, 2013)

Y es que, tal como lo refiere Miguel Lugones y Tania Quintana en su artículo de revista médica, la fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. (Lugones & Quintana, 2015)

Entonces vemos cómo influyen las normas sociales en los matrimonios, relaciones de hecho, decisiones sobre descendencia, sobre la utilización de los métodos anticonceptivos e incluso de la periodicidad de las relaciones sexuales, por lo que el acceso a educación sexual y reproductiva no siempre garantiza un tipo de comportamiento en los individuos, pues tal como se mencionó en líneas anteriores, cada sujeto está marcado con una serie de circunstancias que influyen su manera de vivir y sus decisiones.

Es por eso que el deseo de tener descendencia no siempre es la meta, y es allí cuando aparece la anticoncepción, los cuales con la educación necesarias pueden contribuir a las decisiones de cada persona en cuanto a su vida sexual y reproductiva de manera responsable.

Siguiendo la línea de los últimos autores citados en líneas anteriores (Lugones & Quintana), tenemos que la planificación familiar puede implicar varios aspectos: 1) Que el individuo concientice y se responsabilice sobre su vida reproductiva, lo que implica a una contribución en su propia vida, por su familia, por su comunidad, por la sociedad en la que vive; 2) Que pueda ser utilizada como mecanismo de política de población, ya sea para que ésta aumente o decrezca: casos particulares como el de China con la restricción que existía de un solo hijo por pareja, o de Alemania o Francia que da incentivos tributarios y

económicos a sus ciudadanos para que tengan más descendencia; 3) Que ésta sea utilizada como política de salud, a fin de que la garantía del derecho a la salud que ofrezca un Estado sea considerada completa, a través de programas de ofrecimiento de acceso a métodos de planificación familiar adecuados.(Lugones & Quintana, 2015)

2.1.3.2. Embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud indica que un ser humano es adolescente entre los 14 a los 19 años de edad. Se entiende entonces que se califica como adolescente al embarazo que radica en personas de estas edades.

Dentro de la presente investigación se busca determinar los factores de riesgo y consecuencias de un embarazo adolescente, así como demostrar que el acceso a la garantía de salud sexual y reproductiva, puede ayudar a que se disminuya la tasa de embarazos adolescentes

Existen artículos de investigación científica como (León, Minassian, & Borgoño, 2015)el de León, Minassian que determinan factores de riesgo en lo que respecta al embarazo adolescente:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

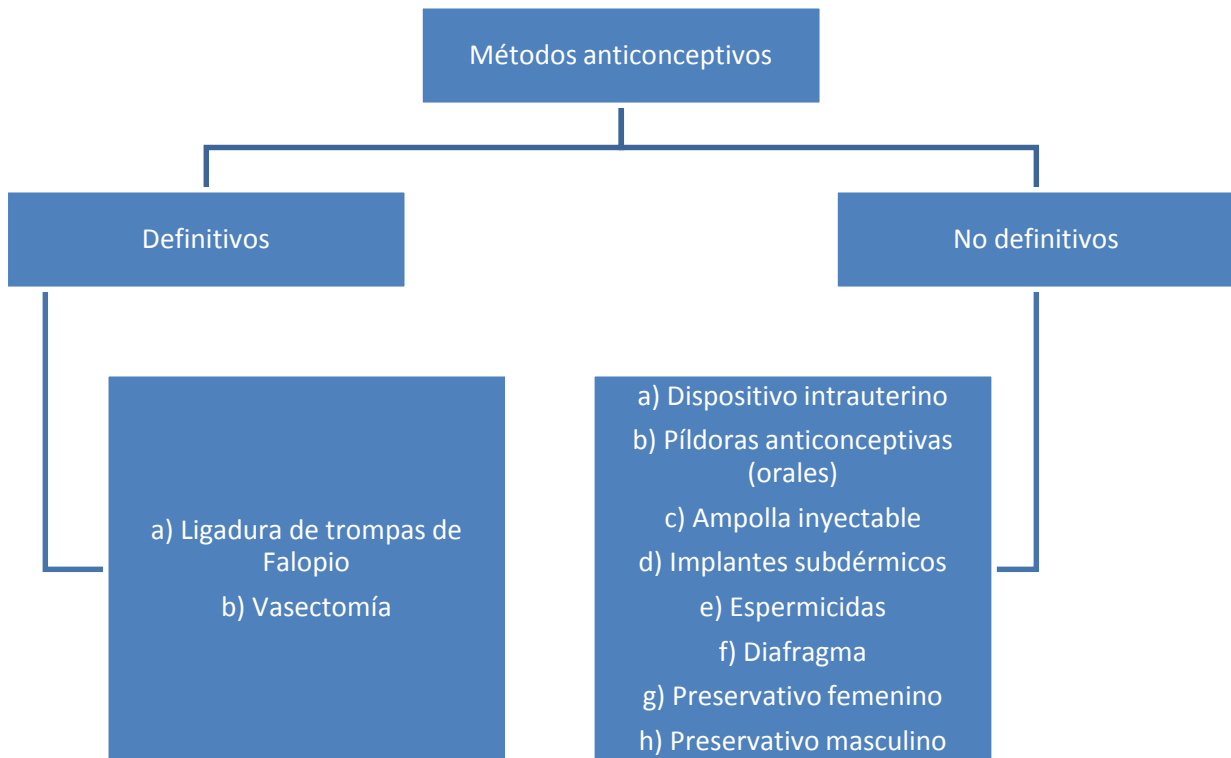
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Vemos que son muchos los factores de riesgo existentes que puedan empujar a una persona a un potencial embarazo adolescente, el cual podría ser evitado con la suficiente y correcta información sobre planificación familiar. Esto únicamente se logra con educación sexual y reproductiva adecuada para menores de edad, haciéndole saber a los adolescentes cuáles son las consecuencias de un embarazo no planificado a tan temprana edad. (León, Minassian, & Borgoño, 2015)

Entre dichas consecuencias, tenemos desde complicaciones somáticas para la madre, tales como desnutrición materna, anemia, hipertensión, preeclamsia, mala circulación sanguínea,; complicaciones somáticas para el hijo, tales como malformaciones de todo tipo, desnutrición, etc. Siendo que además existen complicaciones psicosociales como el abandono escolar por parte de las madres adolescentes, el rechazo de los miembros del grupo familiar o de amistad, ralentiza el acceso a las metas que puede tener una adolescente, y la consecuencia de la poca escolaridad del adolescente es que se le vuelva complicado el acceso a un trabajo que lo vuelva parte de la población económicamente activa.

2.1.3.3. Métodos anticonceptivos

Fuente: Portal web Enciclopedia Médica Medline Plus



Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén
Gráfico 1: Métodos anticonceptivos

Definitivos

a) Ligadura de trompas: Es un procedimiento cuyo objetivo es el cerrar las trompas de Falopio de una mujer que conectan los ovarios con el útero, a fin de que ya no se produzca la concepción. Algunas veces se denomina "ligadura rubrica". (Revista Medline Plus, 2017)

b) Vasectomía: “El conducto deferente es uno de dos conducto por donde llegan los espermatozoides a los testículos. En una vasectomía, esos conductos se ligan, cortan, pinzan o sellan para impedir que los espermatozoides se liberen y fertilicen el óvulo de la mujer”. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Es una operación o procedimiento rápido en el que los pequeños conductos que transportan el espermatozoide desde los testículos se cortan o bloquean, para que ya no puedan salir del cuerpo y provocar un embarazo. Existen dos tipos de vasectomía: con incisión y no quirúrgico (sin incisión). (Planned Parenthood, 2017)

No definitivos

a) Dispositivo intrauterino (DIU): Es un pequeño dispositivo de plástico o cobre con forma de T utilizado como anticonceptivo que permanece en el útero mientras así lo desee la mujer. (Revista Medline Plus, 2017)

b) Píldoras anticonceptivas (orales): Usualmente son pastillas que contienen dos clases de hormonas (estrógeno y progestágeno) equivalentes a las que producen el cuerpo de una mujer. Su función es impedir la ovulación, esto es, la salida del óvulo desde el ovario, siendo que además causan además una alteración del moco cervical a fin de impedir el paso de los espermatozoides desde la vagina hacia el útero. (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2017)

c) Ampolla inyectable: Son ampollas que contienen también dos hormonas: estrógeno y progestágeno. Su función es parecida a la de los anticonceptivos orales combinados. La manera de usarla es con la aplicación del contenido de un frasco vía intramuscular cada 30 o 60 días, según corresponde y las indicaciones del médico y fabricante. Es uno de los métodos más recomendados y uno de los más eficaces a fin de evitar embarazos, sin embargo tiene un margen de 3% de embarazos. (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2017)

d) Implantes subdérmicos: Son una especie de envolturas de un plástico especial (silastic o etilen vinil acetato/EVA), que se implantan bajo la piel en la parte interna del brazo o antebrazo y que liberan en un ritmo constante dosis justas diarias de progestágeno, siendo uno de los principales efectos los ciclos son anovulatorios, así como el espesamiento del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina al útero.(Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2017)

e) Espermicidas: Son compuestos químicos que imposibilitan la movilización de los espermatozoides. Estos compuestos los hay en varias presentaciones, como geles, espumas, cremas o supositorios. Su modo de utilización es a través de la introducción en la vagina antes de la relación sexual, sin embargo no brinda una gran eficacia para prevenir embarazo como método único. (Revista Medline Plus, 2017)

f) Diafragma: Este es una barrera que cubre el cuello uterino y evita que el esperma fecunde el óvulo. Para que éste tenga la eficacia esperada, debe usarse conjuntamente con un espermicida. (Planned Parenthood, 2017)

g) Preservativo femenino: Es un dispositivo de barrera utilizado para planificación familiar. Al igual que el preservativo masculino, crea una barrera para impedir que el espermatozoide logre llegar al óvulo. (Revista Medline Plus, 2017)

h) Preservativo masculino: También llamados condones, son como fundas pequeñas y delgadas de látex (goma), plástico (poliuretano, nitrilo o polisopreno) o piel de cordero que cubre al pene durante la relación sexual y recoge el semen. Este método evita que el esperma

entre a la vagina, y que se produzca un embarazo, además de evitar enfermedades de transmisión sexual. (Planned Parenthood, 2017)

2.1.3.4. Consentimiento informado

El Manual de Ética del Colegio de Médicos americanos, define al consentimiento informado de la siguiente manera:

El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente. (American College of Physicians, 2017)

El consentimiento informado se originó en la práctica médica norteamericana, y con el pasar del tiempo se fue volviendo un estándar en la medicina occidental y su ética profesional. (Appelbaum, Lidz, & Meisel, 2017)

Una primera afirmación importante a realizar es que este derecho no es una ficción legal, sino que ha sido considerado como un derecho humano. Hablamos pues de un imperativo ético, que además en nuestro país, como en muchos otros, ha cristalizado como exigencia legal. Las exigencias legales representan a su vez mínimos éticos - que por desgracia muchas veces caen «bajo mínimos». (Lorda & Concheiro, 2013)

Los autores citados en líneas anteriores indican que el consentimiento informado trasciende en la medicina en varios aspectos, pero que dio origen al desarrollo de una nueva disciplina o área que marca un antes y un después en las actuaciones de los profesionales de la medicina: la bioética, íntimamente ligada al ámbito jurídico.

Se indica además que el consentimiento informado reivindica el derecho del paciente a decidir sobre su salud, pues hasta hace varias décadas se creía que el paciente era incapaz de tomar decisiones y que éstas únicamente podrían ser tomadas por el médico o sus familiares, pese a que el paciente estaba consciente.

Aquello es corroborado con lo expuesto por Galán en uno de sus artículos de revista cuando indica:

El consentimiento informado ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante un “derecho humano primario y fundamental”, esto es, ante una de las últimas aportaciones realizada a la teoría de los derechos humanos. Lejos queda aquella medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente (“autoridad de Esculapio”), en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente (“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”). Había, entonces, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma.(Galán, 2015)

Es así que el consentimiento informado debe reunir una serie de elementos que se detalla a continuación:

a) Voluntariedad, es decir que quien se vaya a someter a un procedimiento médico debe tener la capacidad de decidir sobre sí, y así desearlo, esto no es otra cosa, que el consentimiento per se.

b) Suficiencia de información, esto es, que el paciente haya obtenido la información necesaria para conocer la magnitud del procedimiento en el que se va a someter, cuáles son las expectativas y las posibles consecuencias.

c) Competencia, que va de la mano con la voluntariedad, pero que más radica en la capacidad legal de una persona a tomar decisiones.

d) Comprensibilidad, que guarda relación con la suficiencia de la información, pero que no quieren decir lo mismo. Podría existir suficiencia de información pero nada de comprensibilidad en el documento de consentimiento informado, o por parte del paciente. La comprensibilidad no es otra cosa que la manera de hacer entender el mensaje al receptor a través de distintos mecanismos.

e) Validez, que requiere una serie de circunstancias legales y fácticas, entre las que tenemos las cuatro características antes mencionadas, so pena de nulidad del consentimiento informado.

Ahora bien, el consentimiento informado no solo tiene como partícipes a pacientes “enfermos”, sino también a pacientes saludables que quieren someterse a un procedimiento

quirúrgico o médico, como es el caso de un procedimiento cuya finalidad sea la anticoncepción, como lo es la ligadura de trompas de Falopio en mujeres o vasectomía en hombres, así también como procedimientos con medicina local como es el implante subdérmico.

2.1.4. Derecho a la Libertad

José García indica que “la norma constitucional es aquella regla de conducta dictada en un tiempo y lugar determinado, y, que, con vocación de plasmar valores de naturaleza político jurídica, señala la obligación de hacer o no hacer algo u otorga la facultad de decidir sobre ello”, por lo que se colige que la libertad es un principio en el que un ser humano tiene un derecho innato de decidir y hacer lo que desee, no obstante la norma va más allá, pues determina demarcaciones en el ordenamiento jurídico para el ejercicio del derecho a la libertad, garantizándose así la libertad de todo individuo, siempre que se considere los límites que impone la ley y que esto no afecte a terceros.(García, 2011)

El derecho a la libertad va de la mano con el principio pro homine en materia de derechos humanos, por lo que Pablo Manili refiere que:

“Por cuanto el intérprete debe siempre elegir la norma que ampare de modo más amplio los derechos humanos”.(Manili, 2013)

El derecho a la libertad tiene cabida en el derecho a la salud sexual y reproductiva, puesto que la segunda no sería una real garantía fundamental sin la primera. Sencillamente, no podríamos hablar de decisiones sobre salud sexual o reproductiva si el Estado no garantiza

esa libertad de decisión; inclusive por ese derecho existe el consentimiento informado, detallado en páginas anteriores.

2.1.5. Principio de no regresividad de los derechos

La prohibición de retroceso es apreciada una consecuencia natural del principio de progresividad en este campo. Si los Estados tienen el deber de lograr gradualmente la plena vigencia de ciertos derechos, entonces parece razonable concluir que las autoridades tienen el deber de no retroceder cuando ya se ha alcanzado un nivel de protección de un determinado derecho. (Uprimy & Guarnizo, 2015)

Como se mencionó, el presente tema ha sido ampliamente desarrollado en el ámbito de los derechos sociales y laborales, sin que implique no sea aplicable al presente tema. Héctor Barbagelata, en una de sus obras se refiere a la no regresividad de los derechos cuando habla sobre la doble dimensión de la progresividad de los mismos:

En un primer sentido la expresión se refiere al gradualismo admitido por varios instrumentos internacionales y textos constitucionales para la puesta en aplicación de las medidas adecuadas, como admitía el artículo 427 del Tratado de Versalles... y en un segundo sentido la progresividad puede ser entendida como una característica de los derechos humanos fundamentales, perfectamente aplicable a los laborales. Se sostiene a ese respecto, que el orden público internacional tiene una vocación de desarrollo progresivo en el sentido de mayor extensión y protección de los derechos sociales. (Barbagelata, 2016)

2.1.6. Legislación comparada

a) Colombia

La Constitución colombiana, a diferencia de la nuestra, da por sentado el hecho de la elementalidad de la salud como derecho humano, y obvia reconocerlo de manera expresa así como determinar su naturaleza y vinculación con otros derechos, lo cual el Estado colombiano sí pasa a hacerlo en normas infra constitucionales. Así, tenemos que en su Constitución se reconoce:

Art. 49.- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. [...] Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

Art. 366.- El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Mientras que, en cuanto a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, tiene varias líneas de acción claramente determinadas en su Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva elaborada en el año 2003.

Dichas líneas de acción van en lo concerniente a la maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual y VIH, violencia doméstica y sexual. El Estado colombiano elaboró la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, establecida en la Resolución 412 de 2000, que fue modificada en la Resolución

No. 0769 de 2008, y ésta a su vez modificada por la Resolución No. 1973 de 2008, en concordancia con el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Por otro lado, es necesario destacar que desde el año 2006 la Corte Constitucional Colombiana (Sentencia C-355) declaró el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la mujer en tres circunstancias: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, c) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas , o de incesto.(Sentencia C-355, 2006)

Todos estos elementos han dado forma al claro establecimiento de los métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, así como la obligación del Estado de “ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos”, tal se indica en el portal web del Ministerio de Salud Pública de Colombia, detallándose en un cuadro cuáles son los métodos aplicados en el país.

Métodos /opciones	DIU T de Cobre	DIU (Hormonal)	Implante	Inyección trimestral	Inyección mensual	Anillo vaginal	Parche	Pastillas
Porcentaje de efectividad con uso típico	99% efectividad	99% efectividad	99% efectividad	94% efectividad	94% efectividad	91% efectividad	91% efectividad	91% efectividad
¿Cuánto tiempo dura?	Hasta 12 años	De 3 a 5 años	Hasta 5 años	Tres meses	Un mes	Hasta 1 mes	Hasta una semana	Un día
¿Cómo se debe empezar? ¿Quién debe colocarlo?	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera	Médico o enfermera
Que debe hacer la usuaria	Nada	Nada	Nada	Acudir cada seis meses a solicitar suministro	Acudir cada tres meses a solicitar suministro	Colocar el anillo en la vagina y cambiarlo cada mes	Colocar el parche en la piel y cambiarlo cada semana	Tomar una pastilla cada día
Posibles cambios en el sangrado menstrual	Periodos con sangrado e intenso que vuelven a la normalidad de 3 a 6 meses	Periodo irregular, leve o inexistente	Periodo no frecuente, irregular, extendido e inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles
Posibles efectos secundarios	Cólicos que usualmente mejoran de tres a seis meses	Cólicos durante y luego e la colocación, manchas	Dolor en el sitio de la colocación Variaciones de peso.	Variaciones de peso	Variaciones de peso	Náuseas o sensibilidad en los senos	Náuseas o sensibilidad en los senos. Reacción en el sitio de aplicación	Náuseas o sensibilidad en los senos
Tiempo de retorno a la fertilidad	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, algunas veces 6 a 12 meses de retraso. No se requiere ninguna acción	Inmediato, algunas veces 6 a 12 meses de retraso. No se requiere ninguna acción	Inmediato, luego de la remoción del anillo	Inmediato, luego de la remoción del parche	Inmediato luego de suspender la ingesta de pastillas
Beneficios del método	Es privado, se puede usar como método de emergencia.	Es privado y ayuda a disminuir periodos dolorosos e intensos.	Es privado y ayuda a disminuir periodos dolorosos e intensos.	Es privado y puede ayudar a mejorar los síntomas del periodo como cólicos	Es privado y puede ayudar a mejorar los síntomas del periodo como cólicos	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y a disminuir el sangrado menstrual	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y a disminuir el sangrado menstrual	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede evitar periodos intensos cólicos y acné.

Fuente: Portal web del Ministerio de Salud Pública de Colombia

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública de Colombia

Gráfico 2: Métodos anticonceptivos Plan Obligatorio de Salud

b) España

En España, la Constitución de 1978 vigente con sus respectivas enmiendas legislativas, reconoce de manera expresa a la salud como un derecho elemental humano, así como determina que todo poder público debe garantizar los derechos que reconozca la misma, debiendo tener en cuenta que no hace énfasis de manera particular en los derechos sexuales y reproductivos y tampoco se refiere expresamente a las políticas públicas como tal:

Artículo 43.- 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud; 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas

y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Artículo 50.- Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.(Constitución Española, 1978)

En España existe la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2011, la misma que incluye entre otras cosas, la información y educación sexual, atención sanitaria a la salud sexual, atención en el embarazo, mortalidad materna, etc., partiendo de los compromisos adquiridos en los convenios internacionales suscritos en materia de derechos humanos. Sin embargo el Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 10 países de la UE, en la que se indica existe una necesidad no cubierta de mejorar el acceso equitativo a los anticonceptivos modernos a través de políticas específicas coherentes.(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Como dato adicional, es necesario mencionar que la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, esto es, reconoce la “maternidad libremente decidida” y regula las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, siempre y cuando se realice por un médico especialista, ya sea en un centro sanitario público o uno privado acreditado, hasta las 14 semanas de embarazo, que la mujer sea 18 años y que sea por propia voluntad, sea cual sea la causa.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, a diferencia de Colombia que hasta tiene un cuadro con toda la información necesaria, el portal web y sus documentos de respaldo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España no determina exactamente cuáles son los métodos anticonceptivos (definitivos o no) de su país, ni cuáles son las iniciativas del gobierno en este sentido, únicamente se indica al preservativo como el principal método anticonceptivo, así como la pastilla post coital o del día después, en un Informe elaborado por el CIMOP para el Observatorio de la Salud de la Mujer.

c) Estados Unidos

A diferencia de los países hispanos, Estados Unidos de América, ni en su Constitución ni en su Carta de Derechos (Bill of Rights) reconoce a la salud como un derecho fundamental. Se supone que tácitamente lo ha hecho al adherirse a normativa internacional como la Organización de Naciones Unidas (ONU) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

De la lectura de los documentos cargados en el portal web del CDC (Center for Disease Control and Prevention), se observa claramente determinados los métodos anticonceptivos, tanto los provisionales como los definitivos, siendo que además tiene bastante información acerca de salud en la mujer, embarazo y VIH, hepatitis, salud en adolescentes y riesgos en la salud sexual adolescente. (Center for Disease Control and Prevention, 2017).

Toda esa información se brinda en principio por la serie de garantías constitucionales que existen, pero también por los fallos históricos emitidos por la Corte Suprema de Justicia en cuanto a salud sexual y reproductiva relacionada a la libertad de elección de las mujeres, como lo fue el fallo de Roe vs. Wade.

Sin embargo, a raíz de la serie de reformas realizadas por el presidente Donald Trump, se anuló el acceso gratuito a los anticonceptivos, dejando sin efecto una norma que obligaba a los empleadores a incluir métodos anticonceptivos en el plan de salud ofrecido a sus trabajadores, tal como lo preveía la normativa contenida en el llamado “Obamacare”. (Diario La Prensa , 2017).

e) India

La Constitución de India, promulgada en enero de 1950, contiene los preceptos básicos en cuanto a derechos fundamentales, así como la garantía de la obligación estatal de implementar políticas públicas de salud, claro está que, por la época en que fue publicada, no se refiere al tema de salud sexual y reproductiva de manera específica:

“39. The State shall, in particular, direct its policy towards securing: (e) that the health and strength of workers, men and women, and the tender age of children are not abused and that citizens are not forced by economic necessity to enter avocations unsuited to their age or strength”.(Constitución de la República Democrática Federal de la India, 1949)

En 1951, la India se convirtió en el primer país del mundo en implementar un programa de planificación familiar. Luego, cuando se celebró la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, promovió programas sobre población orientadas a la salud reproductiva: La Política Nacional de Población fue formulada en el año 2000, promovía la elección voluntaria e informada; y la Misión Nacional Rural de Salud (National Rural HealthMission, NRHM), iniciada en el 2005, ayudando al sistema de salud pública así como a buscar provisión accesible y asistencia médica de calidad a la población rural.

Pese a ello, aquellos programas no habían tenido el éxito esperado, teniendo en cuenta que India tiene un grave problema de sobrepoblación y casi nula utilización de métodos anticonceptivos. Recién en marzo del 2017, el Gabinete de ese país aprobó la Política Nacional de Salud 2017, que trata temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, VIH y enfermedades de transmisión sexual, cobertura prenatal, inmunización del recién nacido, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, entre otros. (Government of India, 2017)

El programa de salud reproductiva es promovido por el Gobierno central debiendo ser ejecutado por los gobiernos locales, gracias a las enmiendas introducidas en la Constitución de la India en 1993: *panchayats* en el área rural y *nagarपालikas* en el área urbana, sin embargo el mismo gobierno central ha venido controlando el programa, por lo que se puede concluir que los gobiernos locales no han tomado el control para dirigir y administrar los programas. (Lakshmi, 2017)

El ente encargado de establecer las políticas públicas de salud sexual y reproductiva es el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (MOHFW), que trabaja con un comité multisectorial de secretarías de ministerios implicados en las actividades de población y desarrollo. Existe el ente, sin embargo el gobierno central no enfoca las políticas públicas en la disminución del crecimiento de la población debido a su interés en los derechos reproductivos. Gracias a esto, los objetivos impuestos en cuanto a la planificación familiar suelen ser abandonados o postergados, y la población sigue creciendo, a tal punto de ser el segundo país con mayor población mundial.

e) Perú

En Perú por su parte, su Constitución vigente determina al Estado como el obligado a llevar a cabo la política de salud, siendo el poder ejecutivo el encargado de crearla, garantizándose además el acceso libre a las prestaciones de salud, se entiende que en todos sus aspectos, pues no puntualiza ni hace apartado alguno sobre la salud sexual y reproductiva:

Artículo 9.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 11.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.(Constitución Política del Perú, 1993)

Perú es un caso bastante interesante pues fue en el gobierno de Alberto Fujimori la serie de reformas e implementación en cuanto a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva. Recordemos que tal como lo estipula la Constitución de ese país (creada en 1993), es responsabilidad del Poder Ejecutivo (presidente), la elaboración de las referidas políticas en materia de salud. Todo empezó en el año 1991 cuando aquel presidente indicó que ése sería un “Año de Austeridad y Planificación Familiar”, para en 1992 indicar que efectivamente esa sería la “Década de la Planificación Familiar”, pues ya en el año 1995 el PNASRF (Programa nacional de atención a la Salud Reproductiva de la Familia) fue aprobado, el cual estipulaba que tenía como objetivo “contribuir a alcanzar una tasa de crecimiento poblacional que permitirá al país llegar a los niveles de desarrollo a los cuales aspira, a través de la disminución de la fertilidad en armonía con la libre decisión de la

población sobre el tamaño de su familia y el intervalo entre cada hijo, promovido por una red de servicios que permitirá el acceso gratuito a métodos seguros y eficientes de planificación familiar”. Poco tiempo después la Ley de Población de 1985 fue enmendada incluyendo la ligadura de trompas y la vasectomía como métodos legales de planificación familiar, los cuales serían provistos por servicios de salud públicos (Ley 26530, 8 de septiembre de 1995), con eso se implementó el asesoramiento en temas de planificación familiar y anticonceptivos, siendo que los métodos anticonceptivos definitivos llegaron a ser gratuitos en todos los establecimientos públicos de salud a través de una resolución ministerial. (Rousseau, 2007).

Obviamente así como adeptos, la implementación de esa política pública en salud sexual y reproductiva, tuvo muchos opositores, sobretodo de grupos pro vida, lo cuales fueron claves en ejercer presión para en el gobierno del Presidente Toledo revertir esa situación en el año 2001, retomando una postura más conservadora.

Actualmente está vigente la Ley General de Salud que ha sido modificada ya en varias ocasiones, en las que de manera bastante general determina cuál es la autoridad con la obligación de informar sobre las medidas de salud reproductiva, esto es, la Autoridad de Salud; así como el derecho de elegir con libertad el método anticonceptivo que prefiera, siempre con las advertencias de sus consecuencias y con la declaración del consentimiento informado en caso de métodos definitivos:

Artículo 5o.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable.

Artículo 60.- Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito. (Ley General de Salud. Ley N° 26842, 1997)

2.2. MARCO LEGAL

2.2.1. Principales Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

En tratados internacionales de derechos humanos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, se reconoce como un derecho fundamental a la salud, en sus ámbitos respectivos, en cuanto a la asistencia médica y servicios sociales necesarios, siendo que inclusive aquello va de la mano con la libertad garantizada con el objetivo de asegurar el bienestar general, como bien se indica en los artículos 25.1 y 29.2.(Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948)

Por su parte, la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano no se queda atrás cuando reconoce que la libertad implica todo aquello que no lesione los derechos de los terceros, siendo que los límites del goce de la libertad únicamente podrán ser determinados por la Ley (Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789)

En la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), misma que es importante mencionar en el presente trabajo de

investigación, pues abarca la garantía que debe brindar un Estado para la planificación familiar y salud reproductiva, así como ejecutar medidas que puedan responder a las necesidades de una mujer y su familia, cuando se determina que se insta a los Estados a mejorar los programas y políticas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva a fin de garantizar un acceso real para las mujeres en todos sus ámbitos, así como a los métodos anticonceptivos. (Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979)

En el año 2016 se suscribió la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, que abarca desde la garantía y acceso a la educación, formación integral, hasta la salud, inclusive educación sexual, obligándose los Estados Parte a implementar políticas públicas para el pleno goce de estos derechos, sobre todo al reconocer que la familia es parte esencial en la educación sexual de los jóvenes, así como al reconocer la obligación estatal de promover políticas de educación sexual que aseguren el acceso a la información y el pleno goce de este derecho, lo cual claramente se encuentra vinculado al derecho a la salud en general, cuando se hace referencia al acceso o atención primaria gratuita, preventiva, promoción de la salud reproductiva y sexual, entre otros, a la vez garantizando confidencialidad y respeto a los servicios de salud sobretodo en el campo de la salud sexual y reproductiva (Artículos 23 y 25) . (Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2016).

2.2.2. Otros documentos de las Naciones Unidas reconocidos.

Algo digno de estudio y revisión en lo concerniente a políticas públicas de salud sexual y reproductiva, son las Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo, llevada a cabo en reiteradas ocasiones (1954, 1965, 1974, 1984, 1994 y 1999) en

distintas sedes (Roma, Belgrado, Bucarest, México D.F, El Cairo y Nueva York), en las cuales dependiendo de los fenómenos existentes a la fecha de su celebración, los representantes de todos los países que conforman la Organización de Naciones Unidas se plantean compromisos en temas de población en relación a propuestas de desarrollo social y económico para alcanzar una mejor calidad de vida para todas las personas, en el presente y el futuro.(Naciones Unidas , 1999).

Así, la Asamblea General de las Naciones Unidas determinó “Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, siendo las relevantes la 53, esto es, las relacionadas con la asistencia de la comunidad internacional en cuanto a la elaboración de indicadores que midan la disponibilidad de los mecanismos de planificación familiar (anticonceptivos), mortalidad y morbilidad maternas, así como enfermedades de transmisión sexual, para poder verificar progresos y medir cuánto falta para alcanzar el objetivo del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva planteados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La medida 56 por su parte determina el deber de adopción de medidas que aseguren el derecho de decisión responsable sobre el número de hijos a tener así como a escoger el momento oportuno para tenerlos, así como el acceso a la información, educación sexual y los medios para conseguirlo. Finalmente, la medida 57 determina que el sistema de la ONU y sus donantes tienen el deber de prestar apoyo a los gobiernos en cuanto a los recursos para poder garantizar el acceso a la información, educación, asesoramiento, acceso a los servicios sobre métodos de planificación familiar. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1954).

Ya la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) citada en el título anterior, relatada entre líneas que parte del compromiso suscrito por los países, se originaba en las recomendaciones y conclusiones de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 sobre los derechos de la mujer.

Así, dicho documento determina que las estadísticas recopiladas en cuanto a la salud que deben garantizar los estados no se encuentran sistematizadas por sexo, edad o situación socioeconómica, lo cual no permite conocer cuál es la real estadística en cuanto a la salud sexual y reproductiva sobretodo en niñas y mujeres. Se indica que incluso en ciertos países no existen datos recientes y reales sobre la mortalidad y morbilidad de la mujer, ni sobre el número de personas afectadas por enfermedades de transmisión sexual, lo cual es básico para poder cumplir a cabalidad con la garantía ofrecida en la CEDAW, así como para determinar cuáles o qué medicinas o procedimientos son los más adecuados para el cumplimiento de las políticas públicas en cuanto a salud sexual y reproductiva. Se puntualizan además las medidas que deben adoptar los gobiernos, entre las cuales se destaca la racionalización de las políticas de adquisición de medicinas para garantizar una oferta permanente de éstas, anticonceptivos y suministros de todo tipo basados en el listado de la Organización Mundial de la Salud. (Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, 1995).

Por su parte, en el año 2015 se llevó a cabo la Cumbre del Desarrollo Sostenible, en la que 150 países parte de la Organización de Naciones Unidas suscribieron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En el referido documento, principalmente los países parte, sin importar su condición económica, se comprometen a promover el bienestar así como a proteger el planeta, siendo que las decisiones para combatir a la pobreza deben guardar armonía con acciones que ayuden el crecimiento económico y satisfagan necesidades

sociales, como la educación, salud y protección social, etc., determinando varios objetivos, entre los cuales destacan la garantía de una vida sana que promueve el bienestar para todos, siendo que hasta el 2030 debería existir un acceso real a todos los servicios de salud sexual y reproductiva, así como alcanzar la igualdad entre todos (hombres y mujeres), así como el acceso a la salud sexual y reproductiva, de acuerdo a los parámetros de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing, citados en líneas anteriores (Objetivos 3.7 y 5.6.)(Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2015).

Por otro lado, está la Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), en la que se reconoce que “el derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos”, que entre las libertades está el a tomar decisiones y elegir libre y responsablemente, sin coerción, coacción ni distinción de ninguna naturaleza con respecto a los asuntos relativos a su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva.

El documento mencionado tiene varias características que lo hacen único en su ámbito, como el reconocer cuatro elementos interrelacionados que abarcan la atención integral de la salud sexual y reproductiva: a) disponibilidad, de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento de atención de la salud, etc.; b) accesibilidad, esto es esos establecimientos, bienes, información y servicios de salud sexual y reproductiva deben ser asequibles a todas las personas sin discriminación alguna; c) aceptabilidad, esto es, cualquiera de los indicados en la disponibilidad deben guardar respeto con la cultura de las personas, debiendo tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad

sexual y ciclo vital; d) calidad, esto es, los servicios y bienes indicados deberán ser adecuados desde el punto de vista científico y médico, con profesionales de la salud formados y capacitados. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Res. E/C.12/GC/22. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12)(Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966).

2.2.3. Constitución de la República del Ecuador

Nuestra Constitución, promulgada en el año 2008 reconoce a la salud como un derecho fundamental, vinculado a otros derechos elementales como la alimentación, trabajo y educación, y como obligación estatal implementar políticas públicas sociales, culturales, económicas y educativas para los servicios de atención de salud en general y sexual y reproductiva, lo cual fácilmente puede encontrarse en el artículo 32 y numeral 6 del artículo 363, lo que obviamente va de la mano con los compromisos asumidos en las distintas normativas internacionales en materia de derechos humanos, estudiadas en páginas anteriores:

Art. 32.- 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.

Art. 363.- El Estado será responsable de: 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (Registro Oficial 449, 2008).

2.2.4. Normativa interna (infra constitucional)

2.2.4.1. Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera. (Registro Oficial Suplemento 423 , 2006).

Tanto la Constitución como la Ley determinan cuál es la cartera estatal designada para garantizar el derecho fundamental a la salud y sus distintos campos de aplicación como lo es la salud sexual y reproductiva. Dicha cartera de estado es el Ministerio de Salud Pública, y exactamente en el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud se delimitan sus responsabilidades, siendo que el numeral 6 detalla que a dicha cartera le compete la implementación de políticas públicas, programas para promover, prevenir y atender integralmente la salud sexual y reproductiva atendiendo al ciclo de vida que permita el goce íntegro de los derechos. Más adelante, en su artículo 7 se detallan a los derechos que tienen todas las personas, vinculadas a la garantía de la salud, sobretudo el literal d) que se encarga de estipular el respeto por la autonomía individual de cada persona y su libertad.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; (Registro Oficial Suplemento 423 , 2006).

Asimismo, a partir del artículo 20 se abarca la garantía de la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, su acceso al público en general, pasando por fenómenos como la mortalidad materna, embarazo adolescente, aborto en condiciones de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, etc. Se detallan además competencias como la de los gobiernos seccionales en coordinación con la autoridad nacional sobre actividades que promuevan la educación, prevención y participación sobre salud sexual y reproductiva considerando la realidad de cada lugar. Algo destacable además es la garantía de que en caso de violencia intrafamiliar o sexual, existirá suministro de anticoncepción de emergencia, procedimientos, esquemas profilácticos necesarios para detectar y prevenir enfermedades de transmisión sexual previo consentimiento informado por escrito.

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 32.- En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas.

El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual.

Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito. (Registro Oficial Suplemento 423 , 2006)

2.2.4.2. Ley Orgánica de Educación Intercultural

Como reconoce la Constitución y se ha obligado el Estado ecuatoriano en distintos convenios internacionales, éste tiene la obligación de garantizar salud sexual y reproductiva a través de distintas políticas públicas, entre esas se destaca la educación sexual, por lo que la Ley Orgánica de Educación Intercultural promulgada en el año 2011, destacan los fines de la educación como la garantía del acceso libre a la información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos para el conocimiento de éstos bajo enfoque de igualdad de género, así como la obligación estatal de garantizar educación integral incluyendo sexualidad humanística y científica, así como que todos los centros educativos implementen educación en participación en igualdad de género, sexualidad y ambiente.

Art. 3.- Fines de la educación.- Son fines de la educación:

e. La garantía del acceso plural y libre a la información sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos para el conocimiento y ejercicio de dichos derechos bajo un enfoque de igualdad de género, y para la toma libre, consciente, responsable e informada de las decisiones sobre la sexualidad;

Art. 6.- [...] El Estado tiene las siguientes obligaciones adicionales:

r. Asegurar que todas las entidades educativas desarrollen una educación en participación ciudadana, exigibilidad de derechos, inclusión y equidad, igualdad de género, sexualidad y ambiente, con una visión transversal y enfoque de derechos;

w. Garantizar una educación integral que incluya la educación en sexualidad, humanística, científica como legítimo derecho al buen vivir. (Registro Oficial Suplemento 417, 2011).

2.2.4.3. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017

En el Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo en el año 2013, se plantea a la salud como un objetivo para el “fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida”. En la salud, según el plan antes mencionado, 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”.(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

Se indican además fenómenos que van desde el embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, hasta el cáncer de mama y cérvico-uterino, entre otros. Dentro del diagnóstico que se hace previo a forjar sus objetivos, se indica que el Estado ecuatoriano desde el 2011 ha implementado la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, así como el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), con ayuda del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género.

Así, dentro del documento del Plan Nacional para el Buen Vivir, se traza como uno de los objetivos de política y lineamiento sobre la garantía al acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas, mismo que se encuentra conformado por nueve literales que se mencionan a continuación:

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.
- b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.
- c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.
- d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.
- e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.
- f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.
- g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- i. Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

2.2.4.3. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida.

El actual Plan Nacional de Desarrollo implementado por el actual gobierno es corto en comparación con el anterior, pero hasta cierto punto complementario, puesto que dentro del fundamento de su objetivo número uno de “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”, en cuanto a la garantía del acceso a la salud, realiza un diagnóstico en el que se reconoce claramente que “para el año 2015 el costo económico y social por la omisión de servicios de salud sexual y reproductiva llegó a US\$ 472 9 millones, lo que evidencia una deuda social en una adecuada educación sexual, reproductiva y de planificación familiar”, que además “el embarazo adolescente merece una atención especial: en 2015 el porcentaje de nacimientos en mujeres entre 12 y 17 años fue de 10,2%, mientras que en 2006 fue de 8,1%. Esta problemática genera situaciones adversas, como la deserción escolar y la pobreza”. Asimismo se determina como fundamento que el acceso a una “educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva”. Finalmente en dicho objetivo, se proponen varias cosas, entre las que se destaca la recuperación y fortalecimiento del sistema de salud con relación a la salud sexual y reproductiva, y la elaboración un sistema de protección para adolescentes embarazadas. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

2.2.4.5. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva va de la mano con el Plan Nacional de Desarrollo considerado en líneas anteriores, obviamente tocando más a fondo y de manera especializada el tema de la salud sexual y reproductiva.

Se indica claramente como objetivo principal del Ministerio de Salud Pública la actualización de la normativa así como la optimización de procesos que permitan mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud sexual Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Así, se realizan varios lineamientos con sus respectivas líneas de acción, entre los más importantes, está el fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la ciudadanía en general a través de campañas de salud y prevención de enfermedades, con las siguientes líneas de acción:

1.1 Brindar atención de calidad adecuada, oportuna y sin discriminación a personas con orientación sexo genérico diversa.

1.2 Fomentar la participación y corresponsabilidad ciudadana para el cumplimiento y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Lineamiento Estratégico 6: Garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general. Líneas de acción:

6.1 Fortalecer la asesoría en anticoncepción y planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a los enfoque del MAIS (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud).

6.2 Garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción y planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a los enfoque del MAIS, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Se detalla también otro lineamiento importante, relacionado con el tema del presente trabajo de investigación, como la garantía a una maternidad segura y salud al recién nacido

mediante campañas de prevención y atención integral en salud, con las siguientes líneas de acción:

7.1 Fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el Sistema Nacional de Salud.

7.2 Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto terapéutico o por violación en caso de discapacidad mental.

7.3 Mejorar la vigilancia e investigación de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

7.4 Fortalecer el manejo de emergencias obstétricas y neonatales.

Se establece además como lineamiento el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud de calidad para adolescentes con las siguientes líneas de acción:

8.1 Asegurar a los y las adolescentes servicios de atención en salud integral, diferenciada, amigable y de calidad.

8.2 Asegurar a los y las adolescentes el acceso a servicios de salud integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Podemos ver con claridad que el Estado ecuatoriano ha plasmado en normativa interna la garantía de salud sexual y reproductiva y el acceso a sus servicios.

2.2.4.6. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Dentro de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, partiendo de los fundamentos estratégicos y por qué no, objetivos, como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, intersectorialidad, construcción de ciudadanía y participación social, disminución de la mortalidad materna, y reforma del sector salud para el acceso universal a

servicios de salud sexual y salud reproductiva y humanización de los servicios de salud, se determinan estrategias tales como la participación de diferentes actores sociales e institucionales relacionados en cuanto a la salud y calidad de vida de niños, niñas adolescentes y mujeres a través de espacios adecuados para deliberar y concertar, cuyas acciones deben estar orientadas hacia la ética y responsabilidad de cada ser, la coordinación de iniciativas locales y complementarias de recursos en salud sexual y reproductivas existentes, el incremento de recursos y calidad del gasto en salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento del recurso humano para la implementación de la política pública, la integración de la persona, familia y la colectividad en los procesos de salud, cultura y desarrollo. (Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de Salud, 2007)

Lo antes mencionado guarda relación con la responsabilidad de los servidores públicos en cuanto a sus funciones por acciones u omisiones, en los ámbitos administrativo, civil y penal, tal como establece la Constitución en su artículo 233:

Art. 233.- Ninguna servidora ni servidor público estará exento de responsabilidades por los actos realizados en el ejercicio de sus funciones, o por sus omisiones, y serán responsables administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos.

Las servidoras o servidores públicos y los delegados o representantes a los cuerpos colegiados de las instituciones del Estado, estarán sujetos a las sanciones establecidas por delitos de peculado, cohecho, concusión y enriquecimiento ilícito. La acción para perseguirlos y las penas correspondientes serán imprescriptibles y, en estos casos, los juicios se iniciarán y continuarán incluso en ausencia de las personas acusadas. Estas

normas también se aplicarán a quienes participen en estos delitos, aun cuando no tengan las calidades antes señaladas. (Registro Oficial 449, 2008).

2.2.4.7. Acuerdo Ministerial No. 5316 sobre el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial.

El Acuerdo Ministerial No. 5316, publicado en el Registro Oficial - Edición Especial N° 510 del lunes 22 de febrero de 2016, sustituyó el Formulario 024 sobre Autorizaciones y Consentimiento informado, constante en el artículo 2 del Acuerdo Ministerial No. 138, publicado en el Registro Oficial No. 316.

En el Acuerdo Ministerial que se indica, se estipula en sus disposiciones generales:

PRIMERA.- El consentimiento informado es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal.

El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.

SEGUNDA.- Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el “Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial”, el consentimiento debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica. (Acuerdo Ministerial No. 5316, 2016).

En el Registro Oficial por supuesto, consta el documento correspondiente, relativo al modelo de gestión sobre el consentimiento informado, donde claramente detalla los casos de la suscripción por escrito del consentimiento informado:

De manera obligatoria, se dejará constancia por escrito de la autorización del paciente para efectuarse un procedimiento médico, en los siguientes casos:

- a. Intervenciones quirúrgicas consideradas de riesgo mayor.
- b. Exámenes radiológicos: los que se efectúen bajo anestesia para realizar un procedimiento radiología con intervencionista, y los que requieran del uso de medios de contraste.
- c. Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.
- d. Procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.
- e. Biopsias.
- f. Procedimientos de reproducción asistida.
- g. Prueba de VIH.
- h. Y todos aquellos que impliquen un riesgo mayor.
- i. En el caso de donante vivo y trasplante de órganos, el consentimiento informado será escrito y notariado, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 33, literal c de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.
- j. En el caso de transfusiones de sangre, se actuará en cumplimiento a la Ley Orgánica de Salud del Ecuador que, en su artículo 77, dispone que la aceptación o negativa para la transfusión de sangre y sus componentes, debe realizarse por escrito, por parte del potencial receptor o a través de la persona legalmente capaz para ejercer su

representación, exceptuándose los casos de emergencia o urgencia. (Acuerdo Ministerial No. 5316, 2016).

Vemos así que el Ministerio de Salud Pública no incluye los procedimientos de métodos anticonceptivos definitivos como la vasectomía o ligadura de trompas, dentro del listado de aquellos que requieren consentimiento informado.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Adolescente: Persona que está en período de maduración sexual a fin de alcanzar la adultez y ha dejado de ser infante.

Anticonceptivo: Cualquier medicamento, mecanismo o procedimiento utilizado para prevenir un embarazo.

Derecho fundamental: Derecho elemental básico relacionado con la vida o dignidad humana.

Embarazo: Período de gravidez por el que pasa una mujer cuyo óvulo ha sido fecundado, hasta el momento de parto.

Género: Término utilizado para hacer referencia a los roles socialmente construidos, esto es, para distinguir conductas, comportamientos o situaciones que socialmente son catalogados como masculinos o femeninos.

Gestación: Proceso fisiológico de desarrollo y crecimiento del embrión/feto dentro del útero materno.

Orientación sexual: Patrón de atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otras personas, compuesto de elementos como el sexo (biológico), género (rol social) e identidad sexual.

Sexo: Condición o situación orgánica de los seres humanos con el que se nace, masculino o femenino.

Sexualidad: Conjunto de rasgos o comportamientos propios de cada sexo.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo.- Permite la recolección y observación de datos cuantitativos sobre las variables establecidas, para poder determinar conclusiones y resultados a través de una muestra.

Método cualitativo.- Permite establecer las particularidades de los derechos en jaque en el presente trabajo.

Método descriptivo.- Mediante la representación de datos de una población, se expone y analiza el objetivo del presente trabajo de investigación.

Método Estadístico.- A través de procedimientos matemáticos y hojas de cálculo se evalúan los datos recopilados a través de las encuestas dirigidas tanto a ciudadanos en general como a profesionales del derecho.

Método Analítico-sintético.- Se recurrió a este método en el estudio de toda las referencias bibliográficas relacionada con el campo y objetivo de la investigación, para determinar el objetivo.

Método Histórico Lógico.- Que permitió hacer un examen histórico de la evolución de la sociedad en cuanto al derecho y acceso a la salud sexual y reproductiva.

Método Hermenéutico: Se remite a la interpretación de los textos normativos internacionales como locales relacionados al tema en particular.

3.1.2. Tipo de investigación

El presente trabajo se desarrolló mediante la investigación descriptiva o pormenorizada, esto es, exhibir cuál es la problemática, determinar los objetivos y conseguir

la hipótesis a defender, a fin de mejorar el acceso a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

3.1.3. Enfoque de la investigación

El enfoque del presente trabajo de investigación es compuesto, ya que se utilizaron los enfoques cualitativos y cuantitativos.

3.1.4. Técnicas de investigación

Investigación bibliográfica: A través de la obtención de recursos bibliográficos disponibles previamente verificados (digitales y físicos), se llevó a cabo la presente investigación.

Entrevista a expertos: Se toma contacto con personas del medio médico que a diario están involucradas en el tema del presente trabajo, dando su punto de vista profesional.

Cuestionarios tipo encuesta: Se utilizó este método para poder detectar la percepción de la ciudadanía en cuanto al acceso de las políticas públicas de salud en general y salud reproductiva y sexual en específico.

3.1.5. Tratamiento de la investigación

Cuando se habla de salud y de la obligación estatal de garantizar aquel derecho mediante políticas pública, es necesario preguntarnos si efectivamente se logra aquello, sobre todo en lo concerniente al área de salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos mayormente), razón de ser del presente trabajo, lográndose una investigación con la que se pretende descubrir cuáles son sus posibles efectos además de buscar un mejor acceso a esta política pública.

3.1.6. Procesamiento y análisis

Recopilada la información de las encuestas llevadas a cabo, se procedió con la revisión de cada pregunta constante en el cuestionario. Luego, se continuó con la tabulación de los resultados obtenidos para luego crear los cuadros estadísticos donde se podrían ver la posición de las personas que se tomó como muestra. A continuación, se procedió con el análisis de cada una de las respuestas conseguidas en torno a la tendencia obtenida.

En relación a las entrevistas, se realizó el respectivo análisis de las posiciones de las entrevistas realizadas a los expertos en el área de la medicina, en cuanto a su punto de vista sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, y si éstas llegan a la ciudadanía en los centros de salud del país.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Según los datos obtenidos del portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/guayaquil-en-cifras/>, la ciudad de Guayaquil al 2017, tiene 2'644,891 habitantes, siendo el 64,4% personas entre 18 a 40 años de ambos sexos, esto es, 1'387,860 personas.

3.3.1.1. Universo para la muestra.

Composición	Cantidad	Participación
Población entre 18 a 40 años en Guayaquil	885,455	34,99%
Resto de población en Guayaquil	1'645,460	65,01%
Total habitantes en Guayaquil	2'530,915	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 1: Población de Guayaquil al 2010

3.3.2. Muestra

Para obtener la muestra, se aplicó la fórmula de población finita, por lo que la muestra a considerarse en el presente trabajo de investigación es aquella derivada del 885,455 de habitantes entre 18 a 40 años de la ciudad de Guayaquil.

Población		
Ciudad	Cantidad	Porcentaje
Guayaquil	885,455	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 2: Habitantes entre 15 y 64 años en Guayaquil

Las referidas poblaciones sirven como base para la fórmula a aplicarse, que es la siguiente:

$$N = \frac{(Z)^2 * (O)^2 * N}{[(e)^2 * (N-1)] + [(Z)^2 * (O)^2]}$$

Descripción:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de confianza

O: Probabilidades de éxito

E: Margen de error

Ya con los valores a aplicarse tenemos la siguiente operación:

$$N = \frac{(1,96)^2 * (0,5)^2 * 885,455}{[(0,05)^2 * (885,455 - 1)] + [(1,96)^2 * (0,5)^2]}$$

$$N = 383,83$$

$$N = 384$$

Vemos que el nivel de confianza aplicado es el 95% que está representado por el valor 1,96 en la fórmula (Z), siendo el margen de error del 0,05 (e).

Las muestras obtenidas 384 ciudadanos en general entre 18 a 40 años, a los que se les aplicará las encuestas. Dicho valor corresponde a:

Población	Frecuencia	Muestra	Porcentaje
Habitantes de Guayaquil entre 18 a 40 años	885,455	384	0,04%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 3: Resultado de fórmula

3.3.3. Análisis de la información

En el presente trabajo de investigación, al ser un tema que radica más en el área social, se aplica la escala Guttman, esto es, aquel mecanismo de medición cuantitativa acumulativa, cuya objetivo es medir la tendencia o el grado de identificación del sujeto encuestado con un fenómeno social. Entonces, con dicha escala, se podrá conocer cuál es la opinión o de las personas sobre las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, sobretodo en cuanto a métodos anticonceptivos definitivos.

3.4. Modelo de encuesta

Formato de Encuestas
Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil
Facultad de Ciencias Sociales y Derecho
Carrera de Derecho

Objetivo: Determinar la opinión y/o posición de los ciudadanos entre 18 y 40 años de edad, a fin de determinar si son usuarios del sistema de salud público en el área sexual y reproductiva y conocer su perspectiva en esta área, a fin de establecer si existe una real ejecución de la política pública.

Respuestas:

- A) Sí (preguntas 1, 3, 4, 6 y 8); Preservativo (pregunta 2); Totalmente de acuerdo (pregunta 5 y 9); Excelente (pregunta 7); Falta de desarrollo en las leyes (pregunta 10)

- B) No (preguntas 1, 3, 4, 6 y 8); Hormonas (inyecciones o pastillas) (pregunta 2); De acuerdo (pregunta 5 y 9); Satisfactoria (pregunta 7); Insuficiencia de recursos públicos (pregunta 10)

- C) Ligadura de trompas (pregunta 2); No está seguro (pregunta 3); En desacuerdo (pregunta 5 y 9); Regular (pregunta 7); Poca demanda de esos servicios por parte de la ciudadanía (pregunta 10)

- D) T de cobre (pregunta 2); Totalmente en desacuerdo (pregunta 5 y 9); Insuficiente (pregunta 7); Falta de personal médico especializado (pregunta 10)

- E) Vasectomía (pregunta 2)

No.	Pregunta	A	B	C	D	E	Total
1	¿Usted utiliza algún método anticonceptivo?	72,92%	27,08%				100,00%
2	Entre los siguientes, escoja cuál a su parecer tiene más publicidad o promoción por parte de los organismos estatales:	85,42%	12,50%	0,00%	2,08%	0,00%	100,00%
3	¿Conoce usted cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos?	68,75%	14,58%	16,67%			100,00%
4	¿Ha escuchado alguna campaña o promoción sobre los métodos anticonceptivos definitivos por parte de los organismos estatales?	10,42%	89,58%				100,00%
5	El acceso a los métodos anticonceptivos definitivos debería ser parte de una política pública	43,75%	45,83%	6,25%	4,17%		100,00%
6	¿Ha hecho uso usted o algún familiar de algún servicio en algún hospital o centro médico público sobre alguno de los métodos anticonceptivos como Ligadura de trompas o Vasectomía?	18,75%	81,25%				100,00%
7	Solo en caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta 6, la atención o prestación del servicio (intervención) fue:	8,00%	48,00%	28,00%	16,00%		100,00%
8	¿Su centro médico más cercano le ha hecho conocer que existen políticas públicas de salud sexual y reproductiva y cuáles son éstas?	18,75%	81,25%				100,00%
9	¿Cree usted que debería haber una mejor campaña de difusión sobre este tema así como informar a la ciudadanía de sus ventajas y desventajas?	72,92%	25,00%	0,00%	2,08%		100,00%
10	De las siguientes, ¿cuál cree usted que es la principal razón por la que los organismos de salud públicos no cumplan a cabalidad con la obligación estatal de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva tal como lo reconoce la Constitución?	29,17%	43,75%	18,75%	8,33%		100,00%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
 Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén
 Tabla 4: Resultado de encuestas

3.5. Presentación y resultados

Para la recopilación de respuestas y obtención de los resultados, se trabajó con el portal web <https://es.surveymonkey.com>, mientras que para la tabulación de los mismos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013, y su herramienta de Gráficos para la presentación de los datos finales que se indicarán a continuación:

3.6. Encuestas y análisis de resultados

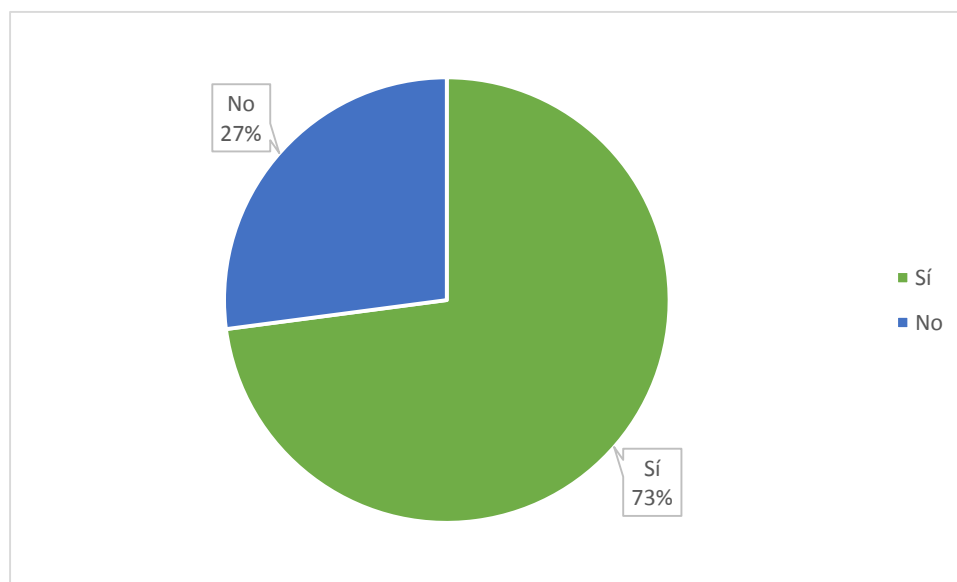
Pregunta 1: ¿Usted utiliza algún método anticonceptivo?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
280	Sí	79,92%
104	No	27,08%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 5: Resultado de pregunta 1



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 3: Representación Gráfica de la Pregunta No. 1

ANÁLISIS: Con el resultado obtenido podemos observar claramente que de la población encuestada, que se presume tiene vida sexualmente activa, solo un 79,92% reconoce usar un método anticonceptivo, mientras que un 27,08% indica que no, lo cual es un poco alarmante, si lo vemos tanto desde la planificación familiar, como en lo referente a enfermedades de transmisión sexual.

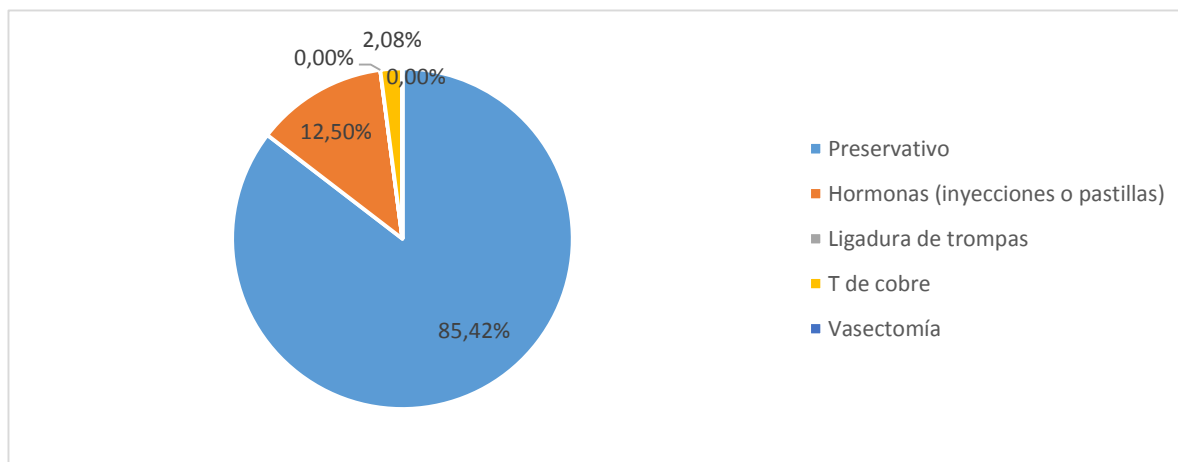
Pregunta 2: Entre los siguientes, escoja cuál a su parecer tiene más publicidad o promoción por parte de los organismos estatales.

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
328	Preservativo	85,42%
48	Hormonas (inyecciones o pastillas)	12,50%
0	Ligadura de trompas	0,00%
8	T de cobre	2,08%
0	Vasectomía	0,00%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 6: Resultado de pregunta 2



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 4: Representación Gráfica de la Pregunta No. 2

ANÁLISIS: En cuanto a la pregunta dos, la población encuestada indica que el preservativo es el método anticonceptivo más popular y por supuesto el más publicitado, quizá eso se debe a su bajo precio, fácil acceso y alta protección, siendo la aplicación de hormonas el segundo método más publicitado, seguido de la T de cobre, mientras que la vasectomía como ligadura de trompas no son reconocidas por el público como procedimientos populares.

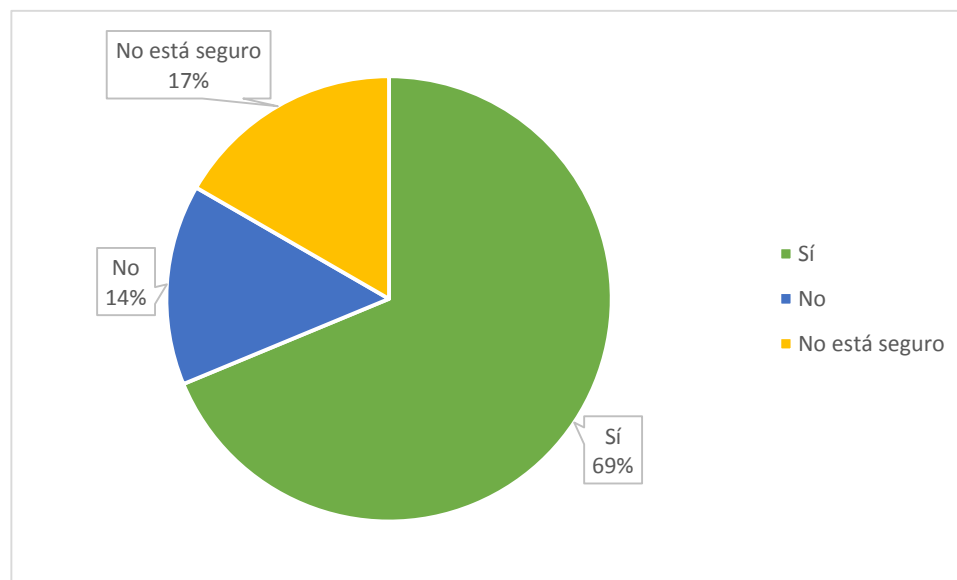
Pregunta 3: ¿Conoce usted cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
264	Sí	68,75%
56	No	14,58%
64	No está seguro	16,67%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 7: Resultado de pregunta 3



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 5: Representación Gráfica de la Pregunta No. 3

ANÁLISIS: Según la ilustración que antecede y los datos obtenidos de las encuestas, la gran mayoría de la población encuestada indica que sí conocen cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos, mientras que solamente un 14% lo desconocen y un 17% reconocen no estar seguros.

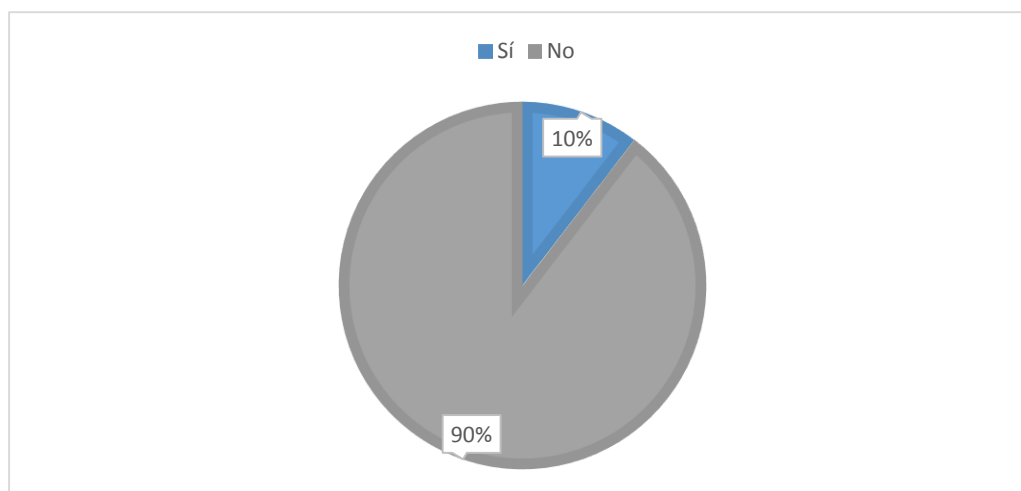
Pregunta 4: ¿Ha escuchado alguna campaña o promoción sobre los métodos anticonceptivos definitivos por parte de los organismos estatales?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
40	Sí	10,42%
344	No	89,58%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 8: Resultado de pregunta 4



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 6: Representación Gráfica de la Pregunta No. 4

ANÁLISIS: El 89,58% de la muestra encuestada expresa no haber escuchado campañas o promociones sobre los métodos anticonceptivos definitivos por parte de las entidades públicas correspondientes, esto es, Ministerio de Salud, u hospitales públicos, mientras que solo un 10,42% indican que sí ha visto o escuchado dichas campañas, lo cual se puede concluir como una existencia de las mismas pero no con la suficiente difusión hacia la ciudadanía.

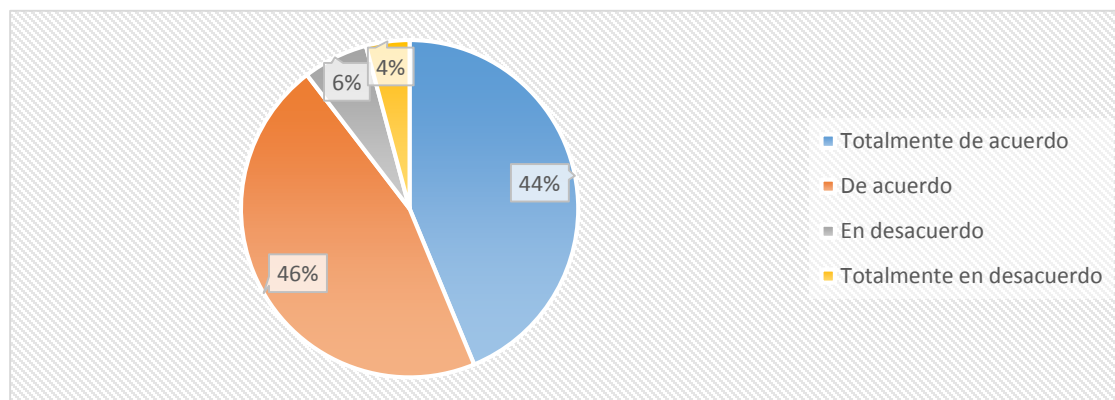
Pregunta 5: ¿El acceso a los métodos anticonceptivos definitivos debería ser parte de una política pública?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
168	Totalmente de acuerdo	43,75%
176	De acuerdo	45,83%
24	En desacuerdo	6,25%
16	Totalmente en desacuerdo	4,17
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 9: Resultado de pregunta 5



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 7: Representación Gráfica de la Pregunta No. 5

ANÁLISIS: En esta pregunta podemos notar que es aplastante la mayoría que indica estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que los métodos anticonceptivos definitivos deberían ser parte de una política pública de salud, que en la actualidad sí lo es, no obstante existe bastante desconocimiento por parte de la población al respecto; mientras que solo un 6% y 4% indican no estar de acuerdo o en total desacuerdo con que ésta sea una política pública.

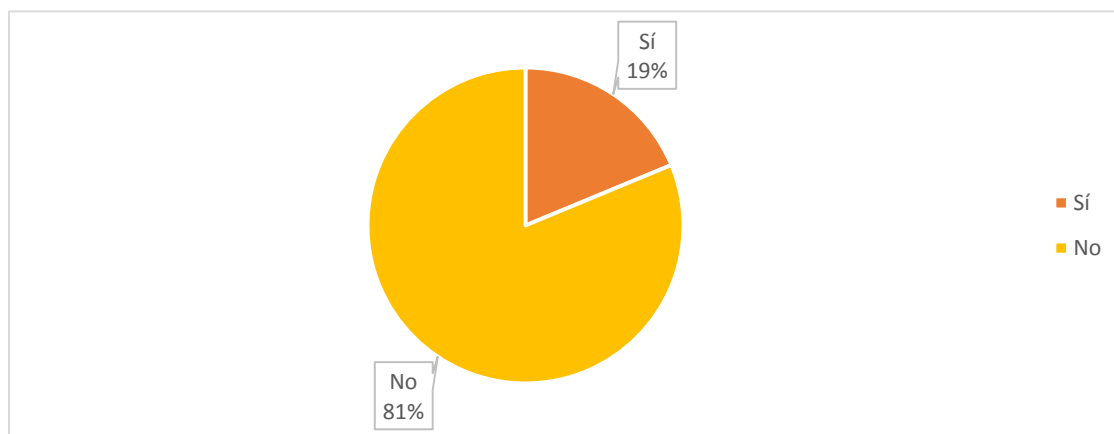
Pregunta 6: ¿Ha hecho uso usted o algún familiar de algún servicio en algún hospital o centro médico público sobre alguno de los métodos anticonceptivos como Ligadura de trompas o Vasectomía?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
72	Sí	18,75%
312	No	81,25%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 10: Resultado de pregunta 6



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 8: Representación Gráfica de la Pregunta No. 6

ANÁLISIS: De los datos recopilados, podemos ver que solamente un 18,75% de los encuestados reconocen haber hecho uso de algún servicio en algún hospital o centro médico público sobre alguno de los métodos anticonceptivos como Ligadura de trompas o Vasectomía, lo cual tiene sentido si observamos que, en una de las preguntas anteriores, los encuestados no refieren mayor uso de métodos anticonceptivos definitivos.

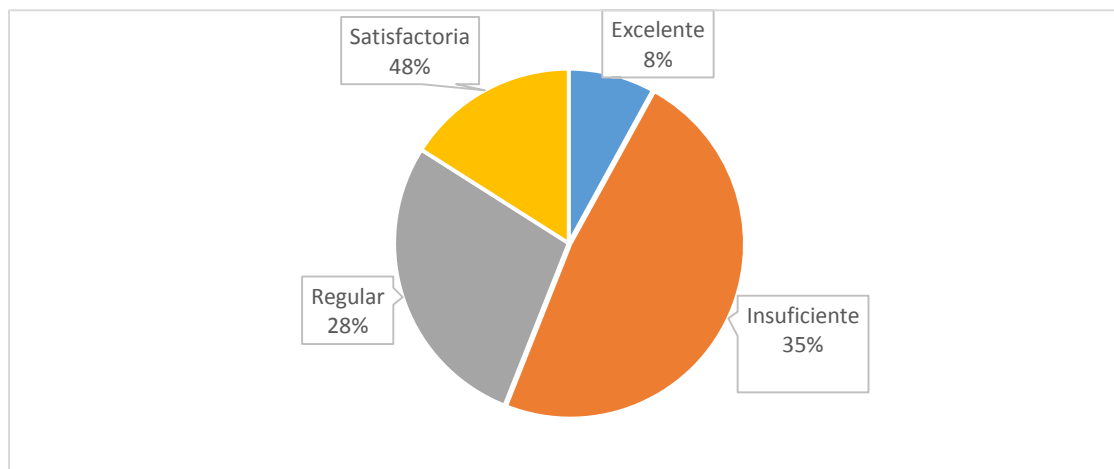
Pregunta 7: Solo en caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta 6, la atención o prestación del servicio (intervención) fue:

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
6	Excelente	8,00%
11	Satisfactoria	16,00%
20	Regular	28,00%
35	Insuficiente	48,00%
72	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 11: Resultado de pregunta 7



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 9: Representación Gráfica de la Pregunta No. 7

ANÁLISIS: En cuanto a la calidad del servicio recibido en caso de procedimientos por métodos anticonceptivos definitivos, mientras que solo un 8% lo reconoce excelente, y el 28% como regular y un 16% como insuficiente, vemos que es un servicio que no cumple a cabalidad con las expectativas del usuario final pues no se lo califica como excelente más que en un porcentaje mínimo.

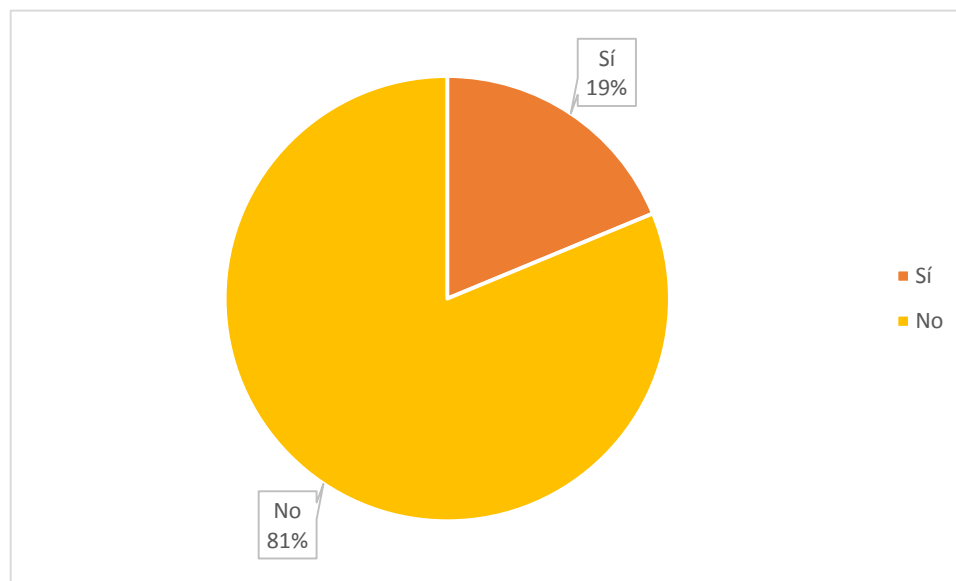
Pregunta 8: ¿Su centro médico más cercano le ha hecho conocer que existen políticas públicas de salud sexual y reproductiva?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
72	Sí	18,75%
312	No	81,25%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 12: Resultado de pregunta 8



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 10: Representación Gráfica de la Pregunta No. 8

ANÁLISIS: Con la ilustración antes mostrada, vemos que las personas indican que sus centros de salud más cercanos a sus domicilios no han hecho campañas o énfasis sobre la existencia de métodos anticonceptivos definitivos en cuanto a las políticas públicas que el Estado reconoce para todos los ciudadanos, pues el 81% de los encuestados indica esto, mientras que el 18,75% dice que sí se ha hecho.

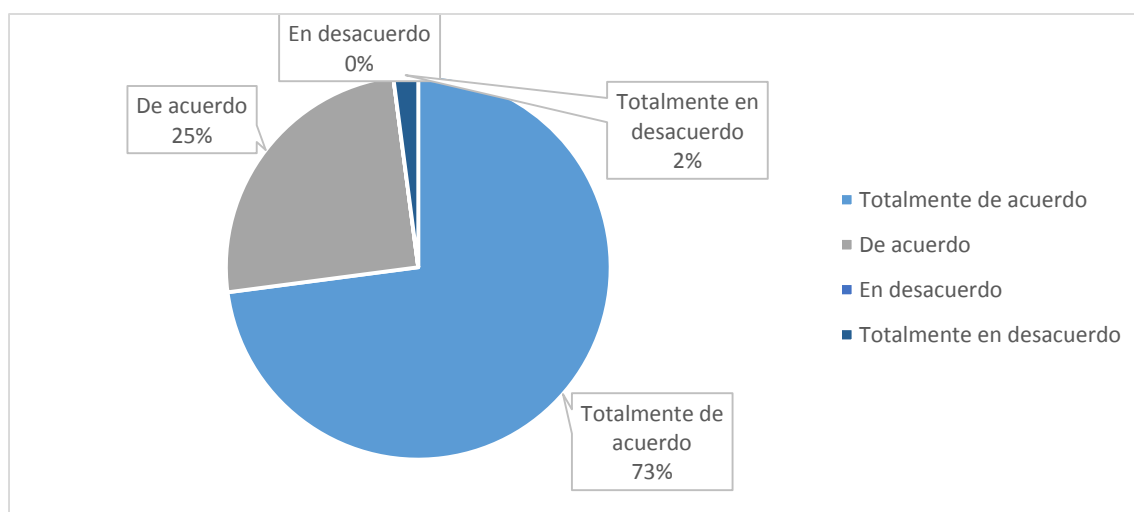
Pregunta 9: ¿Cree usted que debería haber una mejor campaña de difusión sobre este tema así como informar a la ciudadanía de sus ventajas y desventajas?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
280	Totalmente de acuerdo	72,92%
96	De acuerdo	25,00%
0	En desacuerdo	0,00%
8	Totalmente en desacuerdo	2,08%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 13: Resultado de pregunta 9



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 11: Representación Gráfica de la Pregunta No. 9

ANÁLISIS: En esta pregunta podemos notar que es determinante la mayoría que indica estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que debería haber una mejor campaña de difusión en salud sexual y reproductiva, los métodos anticonceptivos existentes, así como informar a la ciudadanía de sus ventajas y desventajas; mientras que solo un 2% indican estar en total desacuerdo con esto.

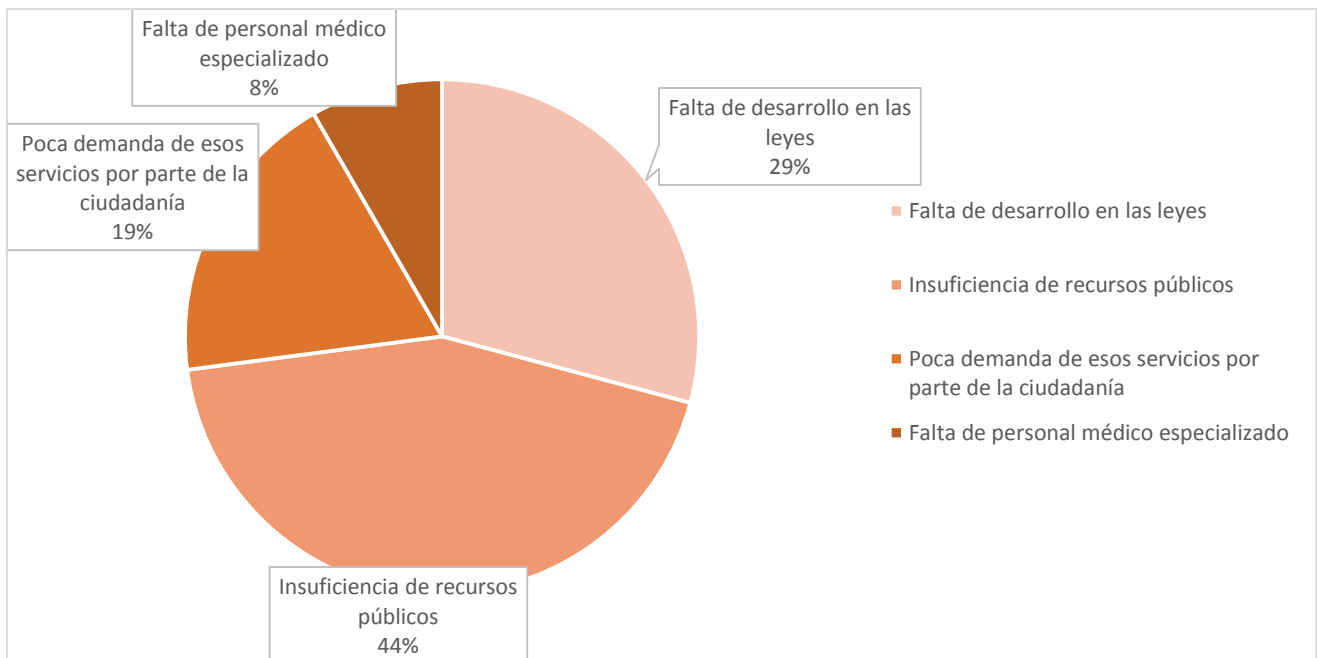
Pregunta 10: De las siguientes, ¿cuál cree usted que es la principal razón por la que los organismos de salud públicos no cumplan a cabalidad con la obligación estatal de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva tal como lo reconoce la Constitución?

Encuestados	Alternativas	Porcentaje
112	Falta de desarrollo en las leyes	29,17%
168	Insuficiencia de recursos públicos	43,74%
72	Poca demanda de esos servicios por parte de la ciudadanía	18,75%
32	Falta de personal médico especializado	8,33%
384	Total encuestados	100%

Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Tabla 14: Resultado de pregunta 10



Fuente: Portal web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaborado por: Israel Ruíz Tutivén

Gráfico 12: Representación Gráfica de la Pregunta No. 10

ANÁLISIS: La gran mayoría de la muestra (43,74%) cree que la principal razón por la que los organismos de salud públicos no cumplan a cabalidad con la obligación estatal, es la falta de recursos, mientras que 112 encuestados que representan el 29,17% indican que se debe a la falta de desarrollo normativo. Por su parte otros creen que el origen es la poca demanda de esos servicios por parte de la ciudadanía (18,75%), estando en último lugar la falta de personal médico especializado con un 8,33%.

3.7. Entrevista a Expertos

3.7.1. Análisis y comentarios sobre entrevistas a experto

Se entrevistaron a tres profesionales del área: Dra. Lorena Herrera, Jefa de Maternidad del Ministerio de Salud Pública, a la Dra. Ruth Muñoz Carreño, funcionaria del Ministerio de Salud Pública, con el cargo de Responsable de Salud Sexual y Reproductiva, y al Dr. Jaime Cueva, médico de consulta externa del Ministerio de Salud Pública.

Entrevistada No. 1

Datos principales:

Lorena Herrera

Médico Gineco obstetra

Magíster en Salud Pública

Jefa de Maternidad en el Ministerio de Salud Pública

Pregunta 1: ¿Qué clase de métodos anticonceptivos provee el Estado de manera gratuita a los ciudadanos o existe algún costo que debe ser asumido por el paciente?

R: Aquí en el MSP tratamos a la paciente con calidad y calidez, cuando van a la consulta de ginecología u obstetricia, les ayudamos con todos los métodos que tenemos a disposición: orales, inyectables, sub-dérmicos, la T de Cobre, planificación con métodos definitivos como ligadura de trompas y vasectomía.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las condiciones o requisitos mínimos que debe reunir una persona para acceder a dichos métodos?

R: Siempre se trata de dar toda la información al paciente, en cuanto a los efectos secundarios en cualquier procedimiento, no hay requisito o condición previa exigida. Lo recomendable en todo caso es hacer un chequeo gineco-obstétrico completo a la paciente antes de implementar el método anticonceptivo.

Pregunta 3: ¿Alguna recomendación en cuanto a los métodos anticonceptivos no definitivos?

R: Que los pacientes sean constantes en asistir a las consultas a fin de hacer un control o seguimiento sobre el método escogido, a ver si hay algún cambio o no.

Pregunta 4: ¿Actualmente se está brindando el servicio de ligadura de trompas y vasectomía de manera gratuita en hospitales públicos?

R: Sí, no existe restricción alguna, la paciente (en caso de la ligadura) decide sin importar su edad si se interviene o no, así como si tampoco tiene o no hijos; asimismo el hombre con la vasectomía.

Pregunta 5: Desde su punto de vista, ¿cree que existe un servicio eficiente y eficaz en relación al acceso de métodos anticonceptivos en la actualidad o falta aún? ¿Qué faltaría desde su punto de vista?

R: Sí, el Ministerio de Salud Pública brinda un servicio de calidad y calidez a todos sus usuarios.

Pregunta 6: ¿Existe alguna contraindicación para la utilización de métodos anticonceptivos definitivos (ligaduras de trompas en mujeres y vasectomía en hombres)?

R: No existe ninguna contraindicación.

Entrevistado No. 2**Datos principales:**

Jaime Cueva

Médico Gineco-obstetra

Médico de planta en el área de Consulta Externa

Pregunta 1: Desde su punto de vista como médico de consulta externa, ¿cree que el programa de planificación familiar que ha implementado el Ministerio de Salud Pública se ejecuta a cabalidad conforme los principios que lo originaron?

R: El hecho de que no se provea periódicamente la cantidad de anticonceptivos indistintamente de cuál fuere en la farmacia, programa de planificación familiar va a fallar porque el paciente está ya acostumbrado a retirar gratuitamente cualquiera de los métodos, y si no lo encuentra, deja de tomarlo, y en esos casos vienen los embarazos no deseados, pero es una falencia por parte del Ministerio porque no provee de todos los anticonceptivos.

Pregunta 2: ¿Cuáles son los métodos que más hacen falta o no tienen muchas existencias en stock?

R: Bueno, faltan mucho los anticonceptivos orales, implantes; y el que más frecuentemente existe es el inyectable mensual, pero el resto hay épocas en que no hay existencias.

Entrevistada No. 3

Datos principales:

Ruth Muñoz Carreño

Médico

Magíster en Salud Sexual Y Salud Reproductiva

Responsable de Salud Sexual y Reproductiva en el Ministerio de Salud Pública

Pregunta 1: ¿Qué clase de métodos anticonceptivos provee el Estado de manera gratuita a los ciudadanos o existe algún costo que debe ser asumido por el paciente?

R: El Ministerio de Salud Pública provee gratuitamente los siguientes métodos anticonceptivos: gestágenos orales combinados, gestágenos inyectables combinados, progestágenos, píldora de emergencia, implantes subdérmicos, preservativos masculinos y femeninos, y dispositivos intrauterinos (T de cobre).

Pregunta 2: ¿Cuáles son las condiciones o requisitos mínimos que debe reunir una persona para acceder a dichos métodos?

R: Las únicas condiciones o requisitos para pacientes tanto hombres como mujeres, es que deseen planificar la familia, y que hayan recibido asesorías en métodos de planificación familiar.

Pregunta 3: ¿Actualmente se está brindando el servicio de ligadura de trompas y vasectomía de manera gratuita en hospitales públicos?

R: En nuestro servicio de primer nivel de atención (Centros de Salud) no realizamos ligaduras de trompas (salpingectomía) ni vasectomía, sólo realizamos la asesoría y referimos

al usuario al segundo nivel de atención (hospitales o maternidades) para que se le realice el procedimiento.

Pregunta 4: ¿Cualquier persona mayor de 18 años puede acceder a estos o existe alguna restricción?

R: Sí, cualquier persona puede acceder independiente de la edad a cada uno de estos procedimientos ya que el usuario tiene derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo hacerlo. Nosotros como Ministerio de Salud Pública somos garantes de su derecho.

Pregunta 5: Desde su punto de vista, ¿cree que existe un servicio eficiente y eficaz en relación al acceso de métodos anticonceptivos en la actualidad o falta aún? ¿Qué faltaría desde su punto de vista?

R: Sí, creo que brindamos un servicio de calidad y calidez a todos nuestros usuarios.

Pregunta 6: ¿Tiene usted alguna estadística actual o de los últimos años o meses de personas que accedieron en esta casa de salud a los métodos de salud definitivos y no definitivos?

R: En el Distrito 09D07 del Ministerio de Salud se realizaron siete vasectomías en el año 2017 que es un gran logro tomando en cuenta el machismo que existe en nuestro medio.

Pregunta 7: En caso de que se realice algún procedimiento de ligadura de trompas o vasectomía, ¿el paciente firma el consentimiento informado?

R: No existe suscripción de consentimiento informado, pero al usuario o usuaria se le realizan dos asesorías sobre el método que va utilizar y todo queda registrado en la historia clínica.

Pregunta 8: ¿Existe alguna contraindicación para la utilización de métodos anticonceptivos no definitivos (progestágenos, píldora de emergencia, gestágenos orales combinados, gestágenos inyectables combinados, implantes sub-dérmicos, preservativos masculinos y femeninos, dispositivos intrauterinos (T de cobre), etc.)?

R: Generalmente no existen contraindicaciones, pero para acceder a estos métodos anticonceptivos, realizamos una historia clínica personalizada, porque puede haber alguna condición de salud que impida utilizar uno u otro método.

Pregunta 9: ¿Existe alguna contraindicación para la utilización de métodos anticonceptivos definitivos (ligaduras de trompas en mujeres y vasectomía en hombres)?

R: No existe ninguna contraindicación.

Pregunta 10: ¿En qué caso un médico no recomienda un método anticonceptivo definitivo como ligadura de trompas o vasectomía? ¿Es recomendación o restricción a la decisión del paciente?

R: Es única y exclusiva decisión del paciente. Hasta hace un tiempo ciertos profesionales de la salud no realizaban procedimientos a personas muy jóvenes pese a que eran mayores de edad, pues se decía que no se había reproducido la persona, pero ahora con la garantía que se da al ciudadano de elegir sobre su salud sexual y reproductiva, no pasa eso.

Pregunta 11: ¿Existe algún caso puntual en el que un médico sí recomienda ligadura de trompas o vasectomía?

En ninguno de los casos el usuario es el que elige, luego de asesorar sobre riesgos que puedan afectar la salud sexual y salud reproductiva.

ANÁLISIS Y COMENTARIOS SOBRE ENTREVISTAS A EXPERTOS.

Se concluye que el Ministerio de Salud Pública dentro de su gama de opciones de métodos anticonceptivos ofrece los principales y más populares, inclusive los definitivos como la vasectomía o ligadura de trompas, pero que para acceder a ella, es necesario esperar a que el médico de primer nivel (del Centro de Salud) refiera el caso al segundo nivel (hospital), para que pueda realizarse el procedimiento.

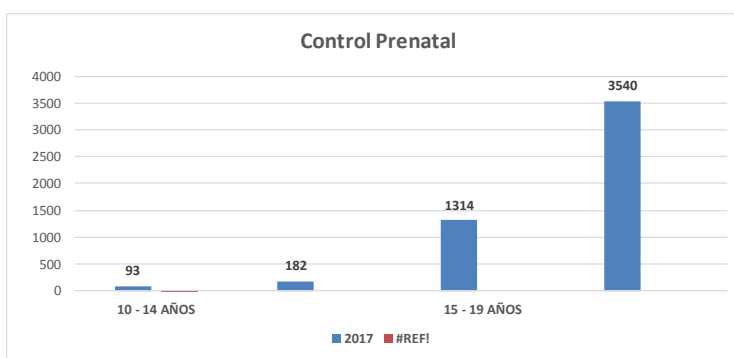
A diferencia de lo que solía pasar hasta hace unos años, la única condición para poder acceder a los métodos como vasectomía o ligadura de trompas, es ser mayor de edad y consciente de la decisión que se va a tomar, precedida por dos asesorías que quedan registradas en la historia clínica del paciente, debido a la garantía constitucional de libre decisión sobre la salud sexual y reproductiva. No obstante de aquello, es cuestionable que el Ministerio de Salud Pública no incluya dichos procedimientos dentro de los que se realiza el consentimiento informado escrito; es así que la funcionaria entrevistada proporciona la información acorde a sus directrices, pues el Ministerio de Salud Pública realiza un detalle de los procedimientos en los que se requiere consentimiento informado por escrito, no estando ni la vasectomía ni ligadura de trompas.

Por otro lado, es necesario que tengamos muy en consideración que uno de los médicos entrevistados, y precisamente quien da atención ambulatoria (consulta externa) en cuanto a métodos anticonceptivos no definitivos, indica que suelen faltar o escasear los anticonceptivos, sobre todo las pastillas y los implantes sub-dérmicos, no así las inyecciones mensuales, lo cual puede deberse a falta de asignación presupuestaria por parte del órgano rector, lo cual sin duda genera un detrimento al derecho constitucional reconocido de todos los ciudadanos.

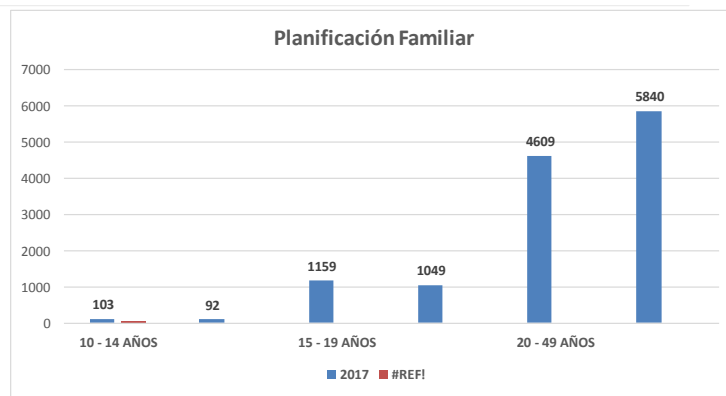
A continuación se detallan las estadísticas proporcionadas por dicha funcionaria sobre la cobertura de atención de control prenatal y planificación familiar en adolescentes durante el 2017, en el Distrito de Salud 09D07:

**COBERTURAS DE ATENCIONES DE CONTROL PRENATAL Y
PLANIFICACION FAMILIAR DE ADOLESCENTES 2017 DISTRITO DE SALUD
09D07:**

Año	CONTROL PRENATAL			
	10 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS	
	PRIMERAS	SUBSECUENTE	PRIMERAS	SUBSECUENTE
2017	93	182	1314	3540



Año	PLANIFICACION FAMILIAR					
	10 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS		20 - 49 AÑOS	
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PRIMERAS	SUBSECUENTES
2017	103	92	1159	1049	4609	5840



Fuente: Dra. Ruth Muñoz Carreño

Elaborado por: Distrito 09D07 del MSP

Gráfico 13: Cobertura de Atenciones de Control Prenatal y Planificación Familiar de Adolescentes 2017

3.8. Conclusiones

1. En el presente trabajo de investigación, se pudo constatar a través de la entrevista llevada a cabo con la Dra. Ruth Muñoz Carreño, en calidad de Responsable en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, que efectivamente el Estado garantiza el acceso a métodos anticonceptivos como política pública de salud sexual y reproductiva en el ámbito de la planificación familiar, esto es, a través de campañas o publicidad en los medios de comunicación, así como también en las casas de salud.

2. Un gran porcentaje de los encuestados (72,92%) supieron manifestar que debería existir mayor difusión sobre los servicios que brinda el Estado en el área de salud sexual y reproductiva, pues el 89,58% manifiesta no haber escuchado o visto alguna campaña o promoción sobre los métodos anticonceptivos definitivos por parte de los organismos estatales.

3. Si bien existe dicha garantía no abasteca la necesidad integral requerida por la ciudadanía, pues se indica que para acceder al procedimiento, es necesario primero acudir a un Centro de Salud para que un médico de primer nivel atienda al paciente y refiera el caso al segundo nivel, esto es, hospitales, para que se efectúe. Hay que recordar que no es un favor que el Estado le hace al ciudadano sino una obligación estatal de satisfacer dicho requerimiento.

4. Una de los funcionarios entrevistados supo indicar que desde su punto de vista se atiende al paciente con calidad y calidez, tratando siempre que éste reciba la mejor atención de acuerdo a lo que garantiza la Constitución. Sin embargo, las encuestas indican que en cuanto a la atención recibida en cuanto a los procedimientos que se han efectuado en métodos anticonceptivos definitivos, fue solamente satisfactorio en un 16%, mientras que un 28%

indicaron que fue regular, y solamente un 8% indicaron que fue excelente, en contraposición con un 48% que la calificó de insuficiente.

5. Se observa que los métodos anticonceptivos no definitivos más populares son los hormonales en mujeres, y éstos son los que más populares, dejando tal vez a un lado la responsabilidad que también tiene el hombre en el tema reproductivo. En los hombres el método más popular no definitivo es el preservativo, con casi un 85% de usuarios entre la muestra encuestada.

6. Pese a que existen trípticos informativos o campañas sobre los métodos anticonceptivos definitivos, lo cierto es que en la red hospitalaria pública existen muchos obstáculos, requisitos o papeleo para llevar a cabo dichos procedimientos, como el indicado en el numeral 2.

7. Actualmente, según dos de los entrevistados, ya no existen condiciones mínimas impuestas por las instituciones públicas para ser beneficiario de un procedimiento de método anticonceptivo definitivo, pues únicamente se requiere capacidad (ser mayor de 18 años), y estar consciente e informado sobre su decisión, para lo cual se impone al paciente dos asesorías sobre el método a aplicarse.

8. El médico de consulta externa entrevistado, indicó que suelen faltar o escasear los anticonceptivos no definitivos, sobre todo las pastillas y los implantes sub-dérmicos, no así las inyecciones mensuales, lo cual puede deberse a falta de asignación presupuestaria por parte del órgano rector, lo cual sin duda genera un detrimento al derecho constitucional reconocido de todos los ciudadanos.

9. Tanto en las entrevistas, como en el marco legal, se pudo constatar que el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano no determina como obligatoria la suscripción por escrito de

consentimiento informado para procedimientos concernientes a métodos anticonceptivos, tanto definitivos como no definitivos, lo cual a mediano plazo podría generar algún tipo de controversia legal en este campo.

10. La obligación del Estado ecuatoriano es garantizar la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

11. Sí existen normas infra constitucionales sobre políticas públicas de salud sexual y reproductiva, como la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Educación Intercultural, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Acuerdo Ministerial No. 5316 sobre el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial.

12. Se concluye entonces que sí se brinda el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, pero que debido al tal vez exceso de burocracia y escasez de medicinas o falta de asignación presupuestaria para tener éstas en stock, no se ejerce un goce total de aquella, o en caso de que se maneje con celeridad el caso, debido a la falta de difusión, no llega toda la información al ciudadano, por lo que éste no tiene un ejercicio total de dicha garantía.

3.9. Recomendaciones

Partiendo de que el Estado no satisface plenamente la garantía que reconoce en la Constitución, y que las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva no abastecen, y que en lo que respecta a métodos anticonceptivos, deja mucho que desear ya que es un derecho garantizado por la constitución de la república del Ecuador, se debería:

1. Desarrollar una política pública integral en materia de salud sexual y reproductiva, especializada en este ámbito, esto es, unificar todas las políticas públicas y planes nacionales estudiados en el marco legal.

2. Que el ministerio de Salud Público planee y realice charlas capacitadoras masivas al personal docentes y estudiantado de unidades educativas fiscales y particulares, debidamente promocionadas con antelación por medios de comunicación (radiodifusión, audiovisual, prensa escrita, etc.). A fin de dar a conocer al ciudadano en su totalidad sus derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva garantizado por la constitución, crear una conciencia social en este tema y que se conozca toda la gama de métodos anticonceptivos y planificación familiar gratuita que el estado brinda.

3. Que el Ministerio de Salud Pública realice actividades de cooperaciones entre instituciones públicas, a fin de que se realice un levantamiento de información en sectores específicos para reunir a la población y capacitarla, realizando campañas de planificación familiar y dando a conocer en su totalidad los métodos anticonceptivos que el estado brinda a estos sectores.

4. Elaborar un informativo completo con el consentimiento informado para que cada persona que se vaya a someter a una intervención como producto de la aplicación de un

método anticonceptivo, se encuentre segura de la decisión que va a tomar, la cual será únicamente su responsabilidad en uso y goce de su derecho constitucional.

5. Capacitar a médicos, enfermeras y personal de la salud, en temas concernientes a derechos humanos, empapándoles sobre todas las aristas existentes en el mundo legal.

6. Reformarse el Acuerdo Ministerial No. 5316, en el que se incluya a los métodos anticonceptivos definitivos y no definitivos, que impliquen procedimientos médicos que requieran anestesia local o general, en el listado en el que se exija el consentimiento informado, y en donde conste detallada cada una de las advertencias médicas y consecuencias que implica éste.

7. Que se incluya en la planificación anual del estado un incremento en el presupuesto destinado a campañas masivas detalladas en líneas anteriores, en sectores específicos y colegios particulares / fiscales, así mismo al reabastecimiento sin que exista escases en el año fiscal, de métodos anticonceptivos en su totalidad para que el ministerio de finanzas lo valore y lo apruebe.

3.10. Propuesta

PROYECTO DE REFORMA DE LA DISPOSICIÓN GENERAL PRIMERA DEL ACUERDO MINISTERIAL NO. 5316 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

No. 0000000

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, el artículo 3 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce como deber del Estado el garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Que, el artículo 32 ibídem determina que la salud es un derecho que garantiza el Estado 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;

Que, el artículo 361 de la Constitución de la República reconoce que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, el numeral 1 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, en su artículo 6 respecto al consentimiento, establece que “[t]oda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda,

el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”;

Que, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, garantiza a toda persona ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos, así como el ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 0005316 publicado en el Registro Oficial No. 510 del 22 de febrero del 2016, el Ministerio de Salud Pública aprobó y publicó el “Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial”;

Que, con el fin de garantizar el derecho que tiene todo paciente para que, previo a la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, sea informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas, es preciso contar con un documento que regule la aplicación del consentimiento informado suscrito, libre y voluntariamente, por el paciente, en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos definitivos y no definitivos que impliquen procedimiento médico, por lo que es necesario incluirlos en el modelo de gestión aprobado en el Acuerdo Ministerial detallado en el considerando anterior;

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS
ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL
ECUADOR, Y 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO
ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

ARTÍCULO ÚNICO.-

Agréguese al final de la Disposición General Segunda el siguiente texto:

“En procedimientos concernientes a métodos anticonceptivos definitivos (como vasectomía o ligadura de trompas de Falopio), o de no definitivos que incluyan la aplicación de anestesia, deberá suscribirse por escrito el consentimiento informado, firmado por el paciente y su representante legal, cuando corresponda, en un formulario que será incluirá en su historia clínica”.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y, a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, en marzo del 2018.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

4. ANEXOS

No.	Pregunta	A	B	C	D	E	Total
1	¿Usted utiliza algún método anticonceptivo?						
2	Entre los siguientes, escoja cuál a su parecer tiene más publicidad o promoción por parte de los organismos estatales:						
3	¿Conoce usted cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos?						
4	¿Ha escuchado alguna campaña o promoción sobre los métodos anticonceptivos definitivos por parte de los organismos estatales?						
5	El acceso a los métodos anticonceptivos definitivos debería ser parte de una política pública						
6	¿Ha hecho uso usted o algún familiar de algún servicio en algún hospital o centro médico público sobre alguno de los métodos anticonceptivos como Ligadura de trompas o Vasectomía?						
7	Solo en caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta 6, la atención o prestación del servicio (intervención) fue:						
8	¿Su centro médico más cercano le ha hecho conocer que existen políticas públicas de salud sexual y reproductiva y cuáles son éstas?						
9	¿Cree usted que debería haber una mejor campaña de difusión sobre este tema así como informar a la ciudadanía de sus ventajas y desventajas?						
10	De las siguientes, ¿cuál cree usted que es la principal razón por la que los organismos de salud públicos no cumplan a cabalidad con la obligación estatal de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva tal como lo reconoce la Constitución?						

5. REFERENCIAS

5.1. Referencias bibliográficas

- Acuña, M. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. *OPS/OMS*, 1-12.
Obtenido de
https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14024/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturascocomplem/Acuna_M_exclus-derecho-salud.pdf
- Álvarez, L. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panam Salud Pública*, 18(2), 129-135. Obtenido de
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n2/129-135/es>
- American College of Physicians. (2017). American College of Physicians Ethics Manual. Washington: Ann Intern Med.
- Appelbaum, P., Lidz, C., & Meisel, A. (2017). Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice. *Oxford University Press*, 151-174.
- Barbagelata, H. (2016). Los principios de Derecho del Trabajo de segunda generación. *IUSLabor*, 1, 1-18. Obtenido de
<http://www.raco.cat/index.php/IUSLabor/article/viewFile/119859/159701>
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Center for Disease Control and Prevention*. Obtenido de Contraception:
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>
- Diario La Prensa . (06 de Octubre de 2017). Trump anula acceso gratuito a anticonceptivos. *La Prensa*. Obtenido de <http://www.laprensa.hn/mundo/1114486-410/usa-eeuu-trump-anula-acceso-gratuito-anticonceptivos-obamacare>

- Galán, J. (2015). La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Revista Médica del Uruguay*, 15(1), 5-12.
- García, J. (2011). *Nuestros Derechos Constitucionales* (Vol. 1). Quito: Apolo Graciela Yovana.
- Gavilanez, R. (2010). Definición y factores del ultrapresidencialismo. *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*. (2017). Obtenido de Anticoncepción de emergencia: http://icmer.org/wp_ae/anticonceptivos-hormonales-combinados-pastillas-combinadas
- Izquierdo, A. (2013). Salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 1-2. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf01113.pdf>
- Lakshmi, B. (06 de Abril de 2017). National Health Policy 2017: What's in it for sexual and reproductive health? *Hidden Pockets*. Obtenido de <http://www.hidden-pockets.com/national-health-policy-2017-whats-in-it-for-sexual-and-reproductive-health/>
- León, P., Minassian, M., & Borgoño, R. (2015). Embarazo Adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 1(1), 42-51. Obtenido de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20ADOLESCENTE/Embarazo%20adolescente.pdf>
- Lindomar, B. (2017). *Políticas públicas por dentro*. Buenos Aires: CLACSO.
- Lorda, P., & Concheiro, L. (2013). El Consentimiento Informado: teoría y práctica (I). *Medicina Clínica*, 100(17), 659-663. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/260909012_El_consentimiento_informado_Teoria_y_practica_I

- Lugones, M., & Quintana, T. (2015). El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(5), 419-421. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000500001&lng=es&tlng=en
- Manili, P. (2013). *El bloque de constitucionalidad. La recepción del derecho internacional de los derechos humanos en el derecho constitucional argentino*. Buenos Aires: La Ley.
- Mosquera, J., & Mateus, J. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, 34(4), 206-212. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/283/28334405/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- P, L., Minassian, M., & M.Borgono. (2015). Embarazo adolescente . *Revista Pediátrica Obstétrica* , 42.
- Planned Parenthood*. (2017). Obtenido de Condón: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/el-condon>
- Planned Parenthood*. (2017). *Planned Parenthood*. Obtenido de Diafragma: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/diafragma>
- Prendes, M., Guibert, W., González, I., & Serrano, E. (2015). Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 359-366. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi09401.pdf>

Ramírez, G. (2015). Salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1), 1-

2. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v31n1/enf01115.pdf>

Revista Medline Plus. (2017). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de Medline Plus:

<https://medlineplus.gov/spanish/>

Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y

derechos ciudadanos. *Revista Estudios Feministas*, 15(2), 309-331.

doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200003>

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Esterilización femenina*

y masculina. Patient Education. Obtenido de [https://www.acog.org/Patients/Search-](https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Esterilizacion-femenina-y-masculina)

[Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Esterilizacion-femenina-y-masculina](https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Esterilizacion-femenina-y-masculina)

Thoenig, J.-C. (1997). Política pública y acción pública. *Gestión y Política Pública*, 4(3),

19-37.

Uprimy, R., & Guarnizo, D. (2015). ¿Es posible una dogmática adecuada sobre la

prohibición de regresividad? Un enfoque desde la Jurisprudencia Constitucional

colombiana. *Direitos Fundamentais & Justiça*, 3, 37-64.

Uribe, P. (2014). Salud Sexual y Reproductiva. *La Mujer y la Salud Sexual en México*, 1,

225-240.

Velásquez, R. (2015). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”.

Desafíos, 1(20), 149-187. Obtenido de

<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/view/433>

5.2. Referencias legales:

Acuerdo Ministerial No. 5316. (22 de febrero de 2016). Registro Oficial. Edición Especial N° 510. Ecuador.

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. (26 de Septiembre de 2015). Ecuador.

Obtenido de <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (08 de Noviembre de 1954). Res. A/RES/S-21/2. Doc. S-21/2. Obtenido de

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/S-

[21/2&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/rspecial_table_en.htm&Lang=S](http://www.un.org/depts/dhl/resguide/rspecial_table_en.htm&Lang=S)

Constitución Española. (29 de Diciembre de 1978). Madrid, Madrid, España. Obtenido de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

Constitución de la República Democrática Federal de la India. (26 de Noviembre de 1949).

Obtenido de http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=184878

Constitución Política de Colombia. (06 de Julio de 1991). Obtenido de

<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Constitución Política del Perú. (29 de Diciembre de 1993). Perú. Obtenido de

http://www.oas.org/juridico/spanish/per_res17.pdf

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).(18 de Diciembre de 1979). Obtenido de

https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. (25 de Octubre de 2016).

Obtenido de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/4_convencion_jovenes_ddhh.pdf

Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano. (26 de Agosto de 1789). Obtenido

de http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank_mm/espagnol/es_ddhc.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos. (10 de Diciembre de 1948). Obtenido de

http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing. (15 de Septiembre de 1995). Obtenido

de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Government of India. (16 de Marzo de 2017). Ministry of Health and Family Welfare.

Press Information Bureau. Obtenido de <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=159380>

Ley General de Salud. Ley N° 26842. (09 de Julio de 1997). Perú. Obtenido de

<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Marzo de 2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de Salud. (Agosto de 2007). Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Ecuador.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (03 de Marzo de 2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2011. Madrid .

Naciones Unidas . (1999). Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (16 de Diciembre de 1966). Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Registro Oficial 449. (20 de Octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.

Registro Oficial Suplemento 417. (31 de Marzo de 2011). Ley Orgánica de Educación Intercultural. Ecuador.

Registro Oficial Suplemento 423 . (22 de Diciembre de 2006). Ley Orgánica de Salud. Ley 67 del 2006. Ecuador.

Registro Oficial. Edición Especial N° 510. (22 de Febrero de 2016). Acuerdo Ministerial No. 5316.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (17 de Febrero de 2013). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (22 de Septiembre de 2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida. Ecuador.

Sentencia C-355 (Corte Constitucional Colombiana 10 de Mayo de 2006). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>