

Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador

2017



AUTORES

Esta Investigación se realiza con la colaboración y trabajo conjunto de:

Ministerio de Salud Pública MSP

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Senplades

Mgs. Andrés Mideros Mora, Secretario Nacional de Planificación y Desarrollo

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA

Dr. Mario Vergara, Representante auxiliar UNFPA Ecuador

SENDAS

Dra. Mary Cabrera Paredes, Directora Ejecutiva

Equipo Investigador:

Belkis Mercedes Aracena Genao. **Investigadora Principal**

René Leyva Flores

Nicéforo Garnelo Bibiano

Juan Pablo Gutiérrez

Irma Romero Pérez

María Beatriz Duarte

Instituto Nacional de Salud Pública de México, INSPM.

Comité Coordinador:

Liliana Roldán, Senplades
Liliana Gutiérrez, Senplades
María José Granja, MSP
Ana Cristina Mena, MSP
Ana Lucía Bucheli, MSP
Marcia Elena Álvarez, UNFPA
Loly Valladares, UNFPA
Mary Cabrera Paredes, SENDAS
Ramón Torre Cañal, PPGlobal

Equipo Colaborador:

María José Granja, MSP
Marcela Adriana Masabanda Acosta MSP
María José Granja Vásconez MSP
Maribel Andrea Padilla Ochoa MSP
Mariela Marivel Illapa Idrovo MSP
Adriana Eulalia Orejuela Araujo MSP
Danny Steve Páez Rojas MSP
Elva Judith Romero Romero MSP
Jenny Mabel Andrade Cárdenas MSP
Julia Jumbo Jiménez MSP
Paúl Andrés Ponce Collaguazo Senplades
Liliana Gutiérrez Torres Senplades
Liliana Roldán Molina Senplades
Gabriela Baquero, Senplades
Romina Procel, Senplades.

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Senplades, UNFPA, SENDAS. Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador. Julio, 2017, Quito, Ecuador

Indice

Siglas/Acrónimos.....	1
Agradecimientos	3
Presentación.....	6
Resumen Ejecutivo	8
Costos de omisión, económicos y sociales, de SSySR en Ecuador.....	9
Proyecciones de inversión y cobertura en SSySR al 2017.....	18
¿Cuál es la relación entre las condiciones de pobreza y la situación de la salud sexual y reproductiva en Ecuador? Análisis de desigualdades.....	19
Referencias	21
Introducción	22
Objetivo general	25
Objetivos específicos	26
Marco teórico y conceptual	28
Los determinantes sociales de la SSySR.....	29
La perspectiva de género en el ámbito de la SSySR	30
La etnicidad y la SSySR.....	32
El ciclo de vida y la SSySR.....	33
La SSySR en relación con la pobreza	34
Embarazos no intencionados y necesidad insatisfecha de planificación familiar.....	39
Embarazos en adolescentes	40
Referencias	42
Capítulo I.	
Relación entre pobreza y salud sexual y reproductiva en Ecuador	47
Introducción	49
Métodos.....	51
Análisis bibliográfico sobre la relación entre pobreza y SSySR	51
Análisis de contenido de la bibliografía científica internacional	55
Análisis de datos cuantitativos relacionados con la pobreza y la SSySR	59
Resultados.....	63
Pobreza y salud sexual y reproductiva: revisión de la literatura.....	63

Pobreza y salud sexual y reproductiva: revisión de la literatura.....	63
Planificación familiar.....	63
Prevención y atención del embarazo adolescente.....	65
Atención de la morbilidad y prevención de la muerte materna.....	69
Aborto inseguro.....	71
Perfiles de las políticas públicas internacionales.....	72
Aciertos y desafíos en la implementación de políticas públicas	76
Políticas de pobreza y SSySR en América Latina.....	80
Semejanzas y diferencias de las acciones de política pública	83
Planificación Familiar	83
Prevención y atención del Embarazo Adolescente	84
Salud materna y prevención de la mortalidad materna.....	85
Aborto seguro	86
Análisis de desigualdades en SSySR en Ecuador	91
Utilización de servicios de salud sexual y reproductiva	94
Acceso a métodos de anticoncepción	94
Consultas prenatales	95
Nacimientos por cesárea.....	96
Riesgos para la salud	99
Embarazo en adolescentes.....	99
Daños en salud.....	105
Muerte materna.....	105
Complicaciones obstétricas	108
Nacidos/as vivos con bajo peso.....	111
Complicaciones posaborto	115
Conclusiones y recomendaciones	117
Referencias.....	126
Capítulo 2.	
Costos de omisión y de prevención de SSySR	135
Costos Indirectos	137
Introducción.....	138

Objetivo 1

Estimar los costos de omisión económicos y sociales. 139

Objetivo 2 .

Estimar los costos de omisión económicos y sociales del aborto. 139

Métodos139

Diseño del estudio 140

Estimación de costos directos (médicos) 142

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de PF, incluida la demanda insatisfecha 140

Cuantificación del costo de la oferta actual del programa de PF 140

Cuantificación del monto necesario para alcanzar la cobertura completa en PF..... 144

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planeados? (énfasis en adolescentes) 148

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible? 152

¿Cuánto le cuesta al estado atender las complicaciones obstétricas?..... 153

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP para tratar las complicaciones del aborto inseguro? 156

¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro? (los casos legales) 158

Estimación de costos indirectos (sociales) 158

Embarazo adolescente 159

Mortalidad prematura vinculada a muerte materna 162

Mortalidad prematura prevenible 163

Organización de los resultados 164

Categoría 1- Costos de omisión

Costo directo (médico)

¿Cuánto le cuesta al Estado cubrir la oferta parcial (actual) de PF? 164

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planeados? 164

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible? 164

¿Cuánto le cuesta al estado atender las complicaciones obstétricas? 165

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP para tratar las complicaciones del aborto inseguro? 165

Costo social o indirecto 165

Categoría 2- Costos de prevención

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de PF,	165
¿Cuál es el costo de prevenir embarazos no intencionados?	165
¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro (casos legales)?.....	166

Resultados

Población e indicadores incluidos en las estimaciones de costos	166
Indicadores de uso de servicios de planificación familiar.....	166
Indicadores de uso de servicios para la atención de embarazos no intencionados	169
Indicadores de uso de servicios de atención de complicaciones obstétricas	173
Indicadores de uso de servicios de atención de complicaciones obstétricas prevenibles.....	175
Características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de atención de complicaciones obstétricas.....	179
Costos de omisión	182

Costos médicos directos

Provisión parcial de PF.....	182
Atención de embarazos no intencionados.....	186
Atención de complicaciones obstétricas	189
Costo de atención de las complicaciones obstétricas	189
Costo de atención de las complicaciones obstétricas prevenibles	190
Costo de atención de complicaciones del aborto inseguro.....	192

Costos indirectos

Abandono escolar de adolescentes embarazadas.....	194
Mortalidad prematura.....	194
Mortalidad prematura prevenible	197
Costo total de cubrir la demanda insatisfecha de planificación familiar.....	199
Costo de prevenir embarazos no intencionados	207
¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro? (los casos legales).....	209

Conclusiones y recomendaciones

(Costos directos)	213
Necesidad insatisfecha de Planificación Familiar	213
Costo total de cubrir la demanda insatisfecha de PF	214
ENI en el MSP	214
Morbilidad materna prevenible en el MSP	215
Complicaciones obstétricas en el MSP	215
Complicaciones de abortos practicados de forma insegura en el MSP.....	216
Atención legal del aborto en el MSP.....	216

(Costos indirectos)

Pérdida por embarazo adolescente	216
Pérdida por mortalidad prematura	216
Pérdida por mortalidad prematura prevenible	217
Referencias	219
Capítulo 3. Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador	221
Necesidades de inversión y cobertura al 2017	221
Introducción	222
Métodos	223
Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar	223
Atención de ENI a 2017	223
Resultados	226
Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar	226
Atención de ENI a 2017	234
Conclusiones y recomendaciones	
Proyección de NIPF al 2017	236
Proyección del costo total de atención a ENI en el MSP.....	237
Referencias	238
Capítulo 3. Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador	
Discusión y recomendaciones generales para una agenda a corto y mediano plazo	239
Evidencia en políticas públicas	239
Desigualdades en salud sexual y reproductiva en Ecuador	241
Magnitud del costo de omisión en salud sexual y reproductiva	242
¿Cuáles son los escenarios esperados sobre la SSySR, especialmente respecto al embarazo en adolescentes, en este contexto marcado por la actual política pública en Ecuador?	244
Recomendaciones generales para una agenda de país	247
Política pública de SSySR	247
Anexos	
Anexo 1.	
Bibliografía internacional consultada sobre relación pobreza y SSR	251
Anexo 2.	
Documentos sobre políticas públicas sobre pobreza y SSR en países seleccionado en América Latina.....	255

Anexo 3.	
Matriz de resultados revisión de la bibliografía internacional consultada sobre relación pobreza y SSR	260
Anexo 4.	
Acciones encaminadas a la reducción de la pobreza en países seleccionados de América Latina.....	320
Anexo 5.	
Obtención de la información primaria, a partir de la revisión de HC en ES del MSP..	347
Anexo 6.	
Análisis de la BD Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), 2013-2015.....	355
Anexo 7.	
Estimación de costos unitarios de atenciones obstétricas y esterilizaciones (femenina, masculina) en ES del MSP.....	357
Anexo 8.	
Tasas de mortalidad en población general (10-49 años) en Ecuador, 2010-2017.....	370
Anexo 9.	
Tasas de mortalidad en población general (10-49 años) en Ecuador, 2010-2017. Por gru- pos de edad	370
Anexo 10.	
Casos registrados de esterilizaciones femeninas (ligadura) y masculinas (vasectomía). Ecuador, 2006-2015.....	375
Anexo 11.	
Escenarios para la estimación de NIPF en Ecuador.....	375
Anexo 12.	
Estimación del costo unitario de la atención prenatal, a partir del TPSNS.....	377
Anexo 13.	
Parámetros utilizados en el análisis de sensibilidad realizado en el costo total de e mbarazos no intencionados.....	378
Anexo 14.	
Cuantificación de las técnicas de evacuación uterina utilizadas en la atención de aborto y sus complicaciones.....	381
Anexo 15.	
Análisis de sensibilidad del costo estimado de atención de ENI.....	392
Anexo 16.	
Costos unitarios de servicios de atención de complicaciones obstétricas.....	393

Índice de Cuadros

Resumen ejecutivo

- Cuadro 1. Costo 1. Costos de Omisión, prevención y pérdida social. Por rubro de costo .MSP-Ecuador,2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014. 10
- Cuadro 2. Adolescentes que abandonan los estudios, años de escolaridad e ingresos potenciales perdidos según nivel de escolaridad al abandonar. Ecuador, 2015. Dólares estadounidenses de 2014..... 14

Capítulo 1

- Cuadro 1. Síntesis de los documentos analizados 52
- Cuadro 2. Pobreza y razón de mortalidad materna en países seleccionados de América Latina..... 55
- Cuadro 3. Tipo de documentos de política pública incluidos en el análisis 57
- Cuadro 4. Temas sustantivos y categorías de análisis para la comparación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y para la SSySR..... 57
- Cuadro 5. Intervenciones señaladas en la literatura científica sobre planificación familiar 65
- Cuadro 6. Intervenciones focalizadas en la prevención y atención del embarazo adolescente..... 68
- Cuadro 7. Intervenciones sobre la atención a la salud materna y prevención de la muerte materna señaladas en la literatura publicada 70
- Cuadro 8. Aciertos en la generación e implementación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR 77
- Cuadro 9. Desafíos en la implementación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR 78
- Cuadro 10. Indicadores de pobreza extrema, escolaridad y salud sexual reproductiva, en países seleccionados 81
- Cuadro 11. Literatura sobre provisión de servicios de interrupción del embarazo seguro 87
- Cuadro 13. Sistema de regulación del aborto en los países seleccionados..... 88
- Cuadro 14. Privación de la libertad para quienes llevan a cabo el aborto fuera de las normas establecidas..... 90
- Cuadro 15. Sanciones privativas de la libertad para las mujeres que se practiquen un aborto fuera de las normas establecidas..... 90
- Cuadro 16. Brechas de desigualdad absoluta y relativa en acceso a servicios de planificación familiar, diferencias entre quintiles más y menos pobres, Ecuador, 2012 95
- Cuadro 17. Brechas de desigualdad absoluta y relativa en acceso a 5 o más consultas de pre natales, diferencias entre quintiles más y menos pobres, Ecuador, período 2007-2012 95
- Cuadro 18. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en Nacimientos por cesárea, 2008/9-2015 97
- Cuadro 19. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en Tasa de fecundidad adolescente, 2008/9-2015 100
- Cuadro 20. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en partos atendidos en casa, 2008/9-2015 103



Cuadro 21. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en muerte materna, 2008-2015	106
Cuadro 22 Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en razón de complicaciones obstétricas, 2008/09-2015	109
Cuadro 23. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en porcentaje de nacidos con bajo peso, 2008/09-2015	112
Cuadro 24. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en razón de complicaciones por aborto, 2008/09-2015.....	115

Capítulo 2.

Cuadro II. 1. Costos unitarios de la asesoría en planificación familiar, métodos temporales, en el MSP. Dólares estadounidenses de 2014	142
Cuadro II. 2. Cantidad de consultas de seguimiento y de métodos de PF entregados, por tipo de método, MSP, 2010	142
Cuadro II. 3. Necesidad insatisfecha de métodos de PF, según estado civil* y grupo de edad **	146
Cuadro II. 4. Mujeres en edad fértil (MEF) estimadas, por grupo de edad Ecuador, 2015.....	146
Cuadro II. 5. Intención de embarazo (en porcentaje) según grupos de edad, de acuerdo a la ENDEMAIN y la ENSANUT.....	150
Cuadro II. 6. Intención de embarazo ajustada a 2015, según grupos de edad.....	151
Cuadro II. 7. Parámetros utilizados en la estimación del costo total del embarazo no intencionado, de acuerdo a la ecuación 3.1, para el año 2015.....	151
Cuadro II. 8. Complicaciones obstétricas consideradas en el estudio de costos de omisión.....	154
Cuadro II. 9. Pasos para obtener el porcentaje de mujeres embarazadas que abandonaron los estudios como consecuencia del embarazo	160
Cuadro II. 10. Métodos entregados durante consultas iniciales/seguimientos en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015	169
Cuadro II. 11. Controles prenatales y partos atendidos dado un ENI, por grupos de edad* en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	173
Cuadro II. 12. Casos de complicaciones obstétricas registradas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. Por grupo de edad	174
Cuadro II. 12. Casos de complicaciones obstétricas registradas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. Por grupo de edad. ...	174
Cuadro II. 13. Características sociodemográficas de pacientes atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, 2015.....	179
Cuadro II. 14. Edad promedio de paciente(s) en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	180
Cuadro II. 15. Semanas de gestación media de pacientes atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	181
Cuadro II. 16. Días de estada promedio de paciente(s) en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	181



Cuadro II. 17. Costos totales por concepto de métodos de planificación familiar otorgados en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En dólares estadounidenses de 2014.....	184
Cuadro II. 18. Porcentajes del costo total en PF en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por rubro de actividades	185
Cuadro II. 19. Costo total por la atención de controles prenatales y partos en ENI, por grupos de edad, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En dólares estadounidenses de 2014	186
Cuadro II. 20. Costo total de atención de ENI según el desenlace del embarazo en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014	188
Cuadro II. 21. Costo total de atención de ENI en adolescentes* según el desenlace del embarazo, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, 2015. En dólares estadounidenses de 2014.....	188
Cuadro II. 22. Complicaciones obstétricas y costo total de su atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014	190
Cuadro II. 23. Costo total de atención de complicaciones obstétricas prevenibles* , por grupos de edad, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014.....	190
Cuadro II. 24. Costo total de complicaciones obstétricas prevenibles*, por región y provincia de atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014	191
Cuadro II. 25. Costo total de la atención de complicaciones de abortos inseguros en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015, usando el registro oficial y el AICM. En dólares estadounidenses de 2014.....	193
Cuadro II. 26. Adolescentes que abandonan los estudios, años de escolaridad e ingresos potenciales perdidos según nivel cursado al momento de abandonar la escuela. Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014	194
Cuadro II. 27. Muertes y AVP atribuibles a complicaciones obstétricas*, por lugar de ocurrencia de la muerte. Ecuador, 2015.....	195
Cuadro II. 28. Muertes y AVP por causa obstétrica. Ecuador, 2015.....	195
Cuadro II. 29. Costo social por mortalidad prematura a causa de complicaciones obstétricas. MSP, 2015. En dólares estadounidenses de 2014.....	197
Cuadro II. 30 Muertes y años de vida perdidos (AVP) atribuibles a complicaciones obstétricas prevenibles*, por lugar de ocurrencia de la muerte. Ecuador, 2015.....	197
Cuadro II. 31. Muertes y AVP atribuibles a la mortalidad prevenible*, según grupo de edad, causa de la muerte y provincia de fallecimiento. MSP, 2015.....	198
Cuadro II. 32. Costo social por mortalidad prematura a causa de complicaciones obstétricas prevenibles. MSP, 2015 (dólares estadounidenses de 2014)	199
Cuadro II. 33. Usuaría(o) s estimada(o)s de métodos de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*	199
Cuadro II. 34. Consultas requeridas para la satisfacción de la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*.....	201
Cuadro II. 35. Cantidad de métodos de requeridos para satisfacer la necesidad de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*.....	203



Cuadro II. 36. Costos totales por la provisión de métodos anticonceptivos, incluyendo las consultas y las unidades de métodos entregados en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.* En miles de dólares estadounidenses de 2014.....	204
Cuadro II. 37. Cantidad de métodos anticonceptivos requeridos para satisfacer la demanda de mujeres con ENI en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	207
Cuadro II. 38. Cantidad de consultas y métodos requeridos para satisfacer la demanda de mujeres con ENI. MSP, 2015	208
Cuadro II. 39. Costo total de consultas iniciales, seguimientos y métodos necesarios para satisfacer la demanda de mujeres con ENI en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014	209
Cuadro II. 40. Abortos legales* atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, por región y provincia, 2015.....	210
Cuadro II. 41. Costo total de la atención del aborto de manera legal, por región geográfica y provincia de atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	211

Capítulo 3

Cuadro.III. 1. Series de tiempo históricas de nacidos vivos, defunciones fetales y egresos hospitalarios. MSP, 2006-2015	224
Cuadro.III.2. Serie histórica de defunciones fetales en Ecuador. 2006-2015	224
Cuadro.III.3. Tendencia en el porcentaje de defunciones fetales atendidas en ES del MSP. 2006-2015	225
Cuadro.III.4. Parámetros para la proyección del costo total de atención a ENI. Distribución de la intención de embarazo, por grupo de edad. 2016-17.....	226
Cuadro. III. 5. Parámetros para la proyección del costo total de atención a ENI. Nacidos vivos, egresos hospitalarios, defunciones fetales. MSP, 2016-17.....	226
Cuadro. III. 5. Parámetros para la proyección del costo total de atención a ENI. Nacidos vivos, egresos hospitalarios, defunciones fetales. MSP, 2016-17.....	226
Cuadro. III.6. Nuevas usuarias que requieren cobertura de métodos de planificación familiar. Ecuador, 2014-2017.....	227
Cuadro. III.7. Escenarios diferentes del costo total para satisfacer la necesidad de métodos de PF, sin variar la cobertura observada actualmente. Millones de dólares estadounidenses de 2014.....	230
Cuadro.III.8. Monto adicional requerido para satisfacer la NIPF a 2017, dada la capacidad actual del sistema para proveer métodos definitivos. Millones de dólares de 2014.....	231
Cuadro. III.9. Costos totales proyectados a 2017, según componente de la atención a embarazos no intencionados (ENI). MSP, 2015-2017. Millones de dólares de 2014.....	235



Índice de Figuras

Resumen ejecutivo

Figura 1. Costos de omisión, de prevención y ahorro de SSySR. Ecuador 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014.....	11
Figura 2. Composición del costo de los servicios de planificación provistos por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014	12
Figura 3. Distribución porcentual de los costos de provisión de métodos anticonceptivos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015	12
Figura 4. Distribución absoluta y porcentual de los costos de atención de los embarazos no intencionados. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014	13
Figura 5. Distribución absoluta y porcentual de los costos de atención de los embarazos no intencionados en adolescentes. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014	14
Figura 6. Principales causas de atención por complicaciones obstétricas en el MSP, 2015	15
Figura 7. Costo de atención de las principales causas de atención de complicaciones obstétricas en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014	16
Figura 8. Complicaciones de abortos inseguros* atendidas según grupos de edad. MSP, 2015	17
Figura 9. Costos directos totales* por la atención de embarazos no intencionados. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014	18
Figura 10. Brechas de desigualdad: tasa de fecundidad adolescente por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.....	20
Figura 11. Brechas de desigualdad: razón de muerte materna por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015	20

Marco Teórico

Figura. T. 1. Determinantes Sociales en Salud.....	30
--	----

Capítulo 1

Figura 1. Condiciones de vida, políticas sociales y efectos en SSySR	50
Figura 2. Áreas de priorización para la elaboración de políticas públicas en SSySR.....	75



Figura 3. Componentes de las políticas públicas de reducción de la pobreza, acceso a servicios de salud y educación en países seleccionados de América Latina, 2015..	82
Figura 4. Componentes de las políticas públicas y estrategias para el acceso a los servicios de planificación familiar de países seleccionados de América Latina, 2015....	84
Figura 5. Componentes de las políticas públicas* para la prevención del embarazo adolescente en los países seleccionados en América Latina, 2015	85
Figura 6. Componentes de las políticas públicas de acceso a servicios de salud materna y prevención de la muerte materna en los países seleccionados en América Latina, 2015.....	86
Figura 7. Indicadores de Salud sexual y reproductiva en Ecuador. Cambio porcentual en el periodo 2008-2015	93
Figura 8. Indicadores de SSR en Regiones de Ecuador. Cambio en el periodo 2008-2015.....	94
Figura 9. Porcentaje de nacimientos por cesárea a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015.	96
Figura 10. Transición socioeconómica y de porcentaje de cesáreas por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional	97
Figura 11. Brechas de desigualdad en porcentaje de cesáreas por quintil según pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.....	98
Figura 12 . Tasa de fecundidad en adolescentes a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015.....	99
Figura 13. Transición socioeconómica y de tasa de fecundidad adolescente por provincias de Ecuador 2009 y 2015 según pobreza multidimensional.....	101
Figura 14. Brechas de desigualdad en tasas de fecundidad adolescente por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.....	102
Figura 15. Razón de nacimientos en casa a nivel nacional y regional por cada 1000 NV. Ecuador 2008-2015.	102
Figura 16. Transición socioeconómica y de razón de nacimientos en casa (RNC) por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional	104
Figura 17. Brechas de desigualdad en razón de nacimientos en casa por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015	105
Figura 18. Razón de muerte materna a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015 .	105
Figura 19. Transición socioeconómica y de razón de muerte materna por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional	107
Figura 20. Brechas de desigualdad en razón de muerte materna por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015	108
Figura 21. Complicaciones obstétricas a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015	108
Figura 22. Transición socioeconómica y de razón de complicaciones obstétricas (CO) por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional.....	109
Figura 23. Brechas de desigualdad en razón de complicaciones obstétricas por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015	110
Figura 24. Nacidos vivos con bajo peso a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015.....	111



Figura 25. Transición socioeconómica y de porcentaje de nacidos con bajo peso por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional.....	112
Figura 26. Brechas de desigualdad en porcentaje de nacidos con bajo peso por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.....	113
Figura 27. Complicaciones derivadas de abortos a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015	114
Figura 28. Transición socioeconómica y de razón de complicaciones posaborto por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional	115
Figura 29. Brechas de desigualdad en razón de complicaciones por aborto quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015	116

Capítulo 2

Figura II. 1. Consultas iniciales otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método	167
Figura II. 2. Consultas de seguimiento otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método	168
Figura II. 3. Nacidos vivos registrados, por entidad prestadora de atención. Ecuador, 2015	170
Figura II. 4. Región geográfica y provincia de nacimiento de los nacidos vivos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	170
Figura II. 5. Nacidos vivos por grupo de edad y vía de alumbramiento en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	171
Figura II. 6. Controles prenatales y partos atendidos en ENI, según región geográfica y provincia de atención, en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	172-
Figura II. 7. Complicaciones obstétricas atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	173
Figura II. 8. Complicaciones obstétricas atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Por región geográfica y provincia de atención, 2015	175
Figura II. 9. Complicaciones obstétricas prevenibles*, por grupo de edad, atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	176
Figura II. 10. Complicaciones obstétricas prevenibles*, por región geográfica y provincia, atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.....	177
Figura II. 11. Complicaciones de abortos inseguros* atendidas en establecimientos de salud del MSP, 2015. Por grupo de edad.....	178
Figura II. 12. Complicaciones por abortos inseguros* atendidas en establecimientos de salud del MSP, 2015. Por región geográfica y provincia de atención	179
Figura II. 13. Costos totales por consultas de primera vez en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En millones de dólares estadounidenses de 2014	183



Figura II. 14 Costos totales por consultas de seguimiento otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En millones de dólares estadounidenses de 2014.....	183
Figura II. 15. Costos totales por la provisión de métodos de planificación familiar en consultas iniciales y de seguimiento en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador entre 2013-2015. En dólares estadounidenses de 2014.....	186
Figura II. 16. Costo total por la atención de controles prenatales y partos en ENI, según región geográfica y provincia, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014.....	187
Figura II. 17. Costo total de atención de complicaciones obstétricas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública. En millones de dólares estadounidenses de 2014 ...	189
Figura II. 18. Ingreso esperado en mujeres empleadas de 15 a 64 años. Por grupos de edad, Ecuador, 2015	191
Figura II. 18. Ingreso esperado en mujeres empleadas de 15 a 64 años. Por grupos de edad, Ecuador, 2015.....	194
Figura II. 19. Muertes atribuibles a complicaciones obstétricas, por grupos de edad. Ecuador, 2015	196
Figura II. 20. Muertes y AVP atribuibles a complicaciones obstétricas, según región geográfica y provincia de la muerte. Ecuador, 2015	196
Figura II. 21. Costos totales por consultas/unidades de métodos requeridas para satisfacer la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.* En millones de dólares de 2014.....	206
Figura II. 22. Frecuencia y proporción de abortos legales* atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015	209
Figura II. 23. Costo total de la atención del aborto de manera legal*, por grupos de edad, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, 2015	211

Capítulo 3

Figura. III.1. Comportamiento esperado del costo total de satisfacción de la necesidad de métodos de PF, sin variaciones en la cobertura observada actualmente.....	230
Figura.III.2. Crecimiento del costo total para cada escenario, dada la disminución de cobertura de métodos de PF	232
Figura.III.3. Decremento del costo total para cada escenario, dado el aumento de cobertura de métodos de PF.....	233
Figura.III.4. Cobertura alcanzable de métodos definitivos, al incrementarse desde el nivel actual al doble la capacidad del sistema para su provisión.....	234
Figura.III.5. Evolución del costo total en la atención a ENI. MSP, 2015-17.....	235



Siglas/Acrónimos

AEO	Atención de emergencias obstétricas
AL	América Latina
AMEU	Aspiración Mecánica Endouterina
APA	Atención post aborto
ARAP	Anticonceptivos reversibles de acción prolongada
ASSE	Administración de los servicios de Salud del Estado
BD	Base de datos
CAI	Comités de Análisis de la Información
CDMX	Ciudad de México
CONEm	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
CU	Costo unitario
DeCS	Descriptores de ciencias de la salud
	Dirección Nacional de Economía de la Salud del Ministerio de
DES-MSP	Salud Pública
DIU	Dispositivo intrauterino
EAA	Espacios Amigables para la Atención a la Salud (FALTA DEFINIR SALUD)
ENDEMAIN	Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
ENI	Embarazo no intencionado
ENIPLA	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ES	Establecimiento de Salud
FCM	Factor de Conversión Monetaria
HC	Historias clínicas
HTA	Hipertensión arterial gestacional
IDP	Índice de pobreza
ILE	Interrupción Legal el Embarazo
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSP-M	Instituto Nacional de Salud Pública (México)
IVU	Infección de vías urinarias
LUI	Legrado Uterino Instrumental
MEF	Mujeres en edad fértil
MELA	Amenorrea de la Lactancia Materna
MSP	Ministerio de Salud Pública
NIPF	Necesidad insatisfecha de planificación familiar
NOM	Norma Oficial Mexicana

NOM	Norma Oficial Mexicana
NV	Nacidos vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivos específicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PF	Planificación familiar
PI	Pobreza por ingresos
PIB	Producto Interno Bruto
PM	Pobreza multidimensional
PNBI	Pobreza por necesidades básicas insatisfechas
PPG	Planned Parenthood Global
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RED CONE	Red de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
RMM	Razón de mortalidad materna
SDG	Semanas de gestación
SENDAS	Servicios para un desarrollo alternativo del Sur
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planeación y Desarrollo
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro
SSySR	Servicios de salud sexual y reproductiva
TdR	Términos de Referencia
TPSNS	Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UVR	Unidades de Valor Relativo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSLY	Value of a Statistical Life Year
VUPE	Ventanilla Única de Promoción del Empleo

Agradecimientos

La editora y autores de este documento deseamos expresar nuestro más sincero reconocimiento a las instituciones de gobierno, sociedad civil y agencias de cooperación internacional por su compromiso con la promoción y defensa de la salud sexual y reproductiva de la sociedad ecuatoriana, especialmente de jóvenes y mujeres en condiciones de vulnerabilidad social.

Este es el resultado de la colaboración entre distintas instituciones que laboran desde diferentes espacios para la sociedad ecuatoriana. Se conjuga la colaboración tanto de oficinas de gobierno como de la sociedad civil, que desde sus trincheras (bien sea en los establecimientos donde proveen atención de salud a la población, en los espacios de coordinación, generación y sistematización de la información usada en la toma de decisiones, en los ámbitos en que se trazan las líneas de acción y se diseñan las políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva o en los que se llevan a cabo las exigencias de derechos) procuran el bienestar de las ecuatorianas y los ecuatorianos.

Estos actores, involucrados en distintas fases y momentos del proyecto y con aportes que divergen de acuerdo con sus áreas de especialización y campo laboral, se empeñaron en garantizar la precisión de los resultados, ya sea introduciendo en el contexto ecuatoriano al equipo consultor del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP-M) y, en específico las Oficinas de Gobierno; proveyendo bases de datos o documentación oficial para extraer indicadores; analizando los datos para la extracción de parámetros; o compartiendo contactos estratégicos con los depositarios de otras piezas de información. La Sociedad Civil, haciéndose responsable de la coordinación y conducción del proceso, desde la colocación de la temática en la mesa de diálogos, la búsqueda de recursos para su financiamiento y el seguimiento permanente para garantizar su exitosa conclusión; y las agencias de Cooperación Internacional actuando más allá de agentes financiadores, con participaciones activas en cada una de las fases del proyecto. Pero es sobre todo destacable, su rol como facilitadores de la armonización de las distintas perspectivas que estimularon el diálogo para una mejor comprensión y construcción de una respuesta integral a la complejidad que representan las necesidades de salud sexual y salud reproductiva.

De esta forma, reconocemos y agradecemos encarecidamente dentro de la cartera gubernamental, al personal que labora tanto en el Ministerio de Salud Pública (MSP) como en la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). El conocimiento tácito y técnico generosamente compartido con el equipo consultor resultó determinante en diversas áreas estratégicas del estudio: Ana Lucía Bucheli, Mariela Marivel Illapa Idrovo y Marcela Adriana Masabanda Acosta del MSP, por su orientación y guía sobre la organización de los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR); Rodrigo Marcelo Cevallos, María José Granja Vascónez y Ana Cristina Mena Ureta de la Dirección Nacional de Economía de la Salud, anidada dentro del MSP, por la provisión de documentos metodológicos que coadyuvaron en la estimación de costos unitarios y totales de los servicios de SSySR de interés en el estudio, así como la validación del presupuesto erogado en el MSP para el desempeño de sus actividades; Gabriela Estefanía Baquero Fraga, Liliana Elizabeth Gutiérrez Torres, Liliana Elizabeth Roldán Molina y Paul Andrés Ponce Collaguazo de SENPLADES, por la provisión de múltiples indicadores de la realidad socioeconómica y de salud en el país, obtenidos con diligencia, rigor científico, y certeza absoluta sobre su replicabilidad.

En las agencias financiadoras, que como se señaló, además de patrocinar el estudio, estuvieron atentas del proceso, sus avances e infortunios (acaecidos con más frecuencia de la deseada). Con sus oficios tendieron una plataforma para las interacciones entre los actores de este proyecto de largo aliento: Heather Sayette (Planned Parenthood Global); Marcia Elena Álvarez, Ramón Torre Cañar, Lola Valladares, Mario Vergara (UNFPA).

A la Sociedad Civil, que puso de manifiesto el alto interés y compromiso con la exigibilidad del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos para la sociedad, pero que además, en la figura de Mary Cabrera (SENDAS) representó una líder con alta capacidad para la conducción del proceso. Muchas gracias Mary por las llamadas, los correos, la capacidad organizativa y el acompañamiento constante.

A las asesoras externas del proyecto, por sus observaciones y recomendaciones atingentes desde la propuesta metodológica, hasta el informe concluido, pasando por su colaboración en el trabajo de campo: Caitlin Gerdt, Brianna Keefe-Oates y Yasmin Reyes (Ibis Reproductive Health).

A las y los gerentes de los diferentes establecimientos de salud del MSP encuestados en el proceso de levantamiento de información, así como a los funcionarios que sirvieron de enlace con la brigada de recolección, destacando las áreas de estadística, farmacia, financiera, mantenimiento, talento humano.

La gran disposición y entusiasmo mostrado a lo largo del trabajo de campo permitió su conclusión satisfactoria.

A las exfuncionarias que formaron parte de las agencias gubernamentales participantes en el estudio, pero que dejaron de pertenecer a ellas y ya no pudieron continuar:

Por el MSP. Rebeca Naranjo Di Mattia, Lina Camacho

Por SENPLADES. Romina Isabel Prócel Vivar, Gianella Jiménez

Por último, pero no menos importantes, deseamos agradecer a Irma Soyachi Salgado por su apoyo en las labores logísticas y en la corrección del formato del documento, a Jaell Denisse Espinoza Pacheco, Estrella León Napa, Martha Machasilla Cangas, Juan José Robalino Cabrera y Laura Lorena Rueda Durán, por su apoyo incansable en la recolección de datos en historias clínicas, en el marco del trabajo de campo.

Presentación

En Ecuador, al igual que el resto de América Latina, la salud sexual y reproductiva (SSySR) constituye una de las prioridades sociales. En pro de ella, se ha buscado la convergencia de diferentes perspectivas, enfocadas en el desarrollo de políticas y programas dirigidos a mejorar las condiciones de vida, especialmente de los grupos en mayor vulnerabilidad social, bajo la óptica de que las condiciones en que habitan las poblaciones es un factor que explica en gran medida el comportamiento de los indicadores de SSySR.

A partir de 2006 se iniciaron en el país reformas sociales orientadas a lograr el “Buen Vivir”, bajo un enfoque de equidad y justicia social. Estas acciones requirieron incrementar el presupuesto público en desarrollo social, y condujeron a una reducción de la pobreza por consumo y de la indigencia de 12.5 y 7.2 puntos porcentuales, respectivamente, entre 2006 y 2014; además de haber permitido dar cumplimiento a casi todas las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siendo un pendiente nacional la reducción de la mortalidad materna, reto para el que se llevaron a cabo diversas acciones.

Es la mortalidad materna, junto a otros indicadores, un reflejo de la permanencia de brechas regionales y nivel provincial. Brechas que se vinculan a las condiciones socioeconómicas locales, reportando las provincias con peores condiciones socioeconómicas las que también reportan peor desempeño en la prevención de la mortalidad materna.

En este contexto, con el propósito de evaluar el alcance de las acciones de SSySR implementadas en Ecuador, se conjuntaron esfuerzos del Gobierno, Sociedad Civil y la Cooperación Internacional para realizar un estudio que generara evidencia sobre el carga económica que representan la omisión en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sobre todo aquellas relacionadas con la no prevención del embarazo en adolescentes y de la mortalidad materna.

Se eligió al Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP-M) como responsable del desarrollo de una investigación novedosa, no solo por los resultados obtenidos, sino también por el diseño metodológico implementado. El estudio provee un análisis más allá de las tradicionales estimaciones de costos de producción de servicios, y aporta un método para estimar los costos de las consecuencias de no producir los servicios requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población. Además, de generar información primaria de una muestra importante de establecimientos de salud.

El trabajo se desarrolló en colaboración (desde la parte gubernamental) con el Ministerio de Salud (MSP), la Secretaría Nacional de Planeación y Desarrollo (SENPLADES) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; con SENDAS, representando a la Sociedad Civil; y el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-Ecuador) y de Planned Parenthood Global (PPG). Proceso que da cuenta de un modelo sinérgico de cooperación técnica inter-institucional e inter-sectorial en la búsqueda de estrategias para el abordaje de las necesidades de salud sexual y reproductiva, y del interés de la sociedad ecuatoriana por los temas relacionados.

Los retos sistematizados como resultado de la investigación pueden constituirse en lineamientos para la re-formulación de políticas públicas que respondan de forma efectiva en los contextos socioculturales de Ecuador, un país que reconoce la diversidad y las diferencias como elementos constitutivos de su sociedad. Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de este reconocimiento social que permite El Buen Vivir de la sociedad ecuatoriana.

Resumen Ejecutivo

En 2007, el gobierno de Ecuador dio inicio a un proceso focalizado en “reducir las inequidades sociales, territoriales, económicas, ambientales y culturales”(1). Como parte de los logros de este proceso, se enarbola la eliminación de la pobreza extrema, con una reducción de 12.3 puntos porcentuales - la población viviendo con menos de 1.25 dólares diarios pasó de 14.0% en 2003 a 1.7% en 2014. En el ámbito de la salud, se realizó una importante inversión, superando cinco veces el promedio anual ejercido entre 2007 y 2015 al ejercicio de 2000 a 2006 (2). Este aumento, representó un crecimiento del gasto en salud de 3.3 puntos porcentuales en relación con el PIB para el período 2006 - 2014 (5.9% versus 9.2%), incremento significativamente superior al experimentado por el conjunto de Latinoamérica y el Caribe, de solo 0.5 puntos porcentuales en el periodo (6.8% versus 7.3%) (2).

Respecto al cumplimiento de los acuerdos y compromisos internacionales, destaca el alcance de 20 de las 21 metas comprometidas como parte de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM)(1). Los problemas de salud materna son señalados como el gran pendiente de la sociedad ecuatoriana: La razón de muerte materna (RMM), al 2015, alcanzó (54.88 muertes por 100,000 nacidos vivos) (3) cuando se esperaba se situara en no más de 38.5 muertes por 100,000 nacidos vivos; la extensión de la cobertura de atención prenatal también mostró limitaciones importantes, solo 79.5% de las embarazadas recibieron los cinco controles establecidos en la norma; y la fecundidad adolescente (15 a 19 años) registró un aumento de 11% (4).

La falta de alcance de las metas esperadas en salud materna, especialmente en lo relativo a la mortalidad materna y al embarazo en adolescentes, motivaron a la sociedad ecuatoriana y al gobierno a reflexionar sobre los logros de las políticas públicas implementadas. En ese marco, se propuso desarrollar el presente trabajo, cuyo objetivo fue analizar las consecuencias económicas de satisfacer parcialmente las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSySR) en la población ecuatoriana.

El análisis correspondió a un estudio económico, en el que se estimaron los siguientes componentes:

Los costos en que incurre Ecuador por la ocurrencia de muertes maternas, embarazos no intencionados (con énfasis en adolescentes), complicaciones obstétricas y del aborto inseguro y sus complicaciones;

Los costos de evitar eventos que constituyen las principales fuentes de omisión en SSySR, que, dado que previenen costos mayores, se les deno-

minó de prevención. Dentro de estos se incluyeron los costos de satisfacer la demanda total por métodos de planificación familiar, los de evitar la morbi-mortalidad materna prevenible y los de atención del aborto seguro.

El ahorro que obtendría el Ecuador de no incurrir en omisión de SSySR.

Inversión requerida para satisfacer las necesidades de SSySR, mediante el uso de modelación matemática, bajo tres escenarios de atención al 2017: cobertura actual, disminución de la cobertura y cobertura total.

Se exploró la relación entre pobreza e indicadores de SSySR a nivel nacional y provincial, a partir de análisis de información socioeconómica y de salud del gobierno de Ecuador

La presentación de los resultados inicia con un cuadro resumen, que, como su nombre lo indica, sintetiza los costos obtenidos. Posteriormente los resultados se muestran desagregados en respuesta a las preguntas contenidas en el estudio.

A partir de estos análisis se obtuvieron los siguientes resultados:

I. Costos de omisión, económicos y sociales, de SSySR en Ecuador.

Costo Total de Omisión en SSySR:

\$472.9mdd. Ecuador, 2015

El costo total estimado de omisión en SSySR en Ecuador en 2015 ascendió a \$472.9mdd (Cuadro 1 y Figura 1). Éste lo integran: 1) los costos médicos o directos (\$92.7mdd; 19.6% del total), atribuibles a la oferta actual de planificación familiar, la atención de embarazos no intencionados y la atención de complicaciones obstétricas, y 2) el costo indirecto o social (\$380.3mdd; 80.4% del total) en que incurre la sociedad ecuatoriana por no prevenir embarazos en adolescentes y por la ocurrencia de muertes maternas.

El costo de prevención de las principales fuentes de omisión en SSySR (demanda insatisfecha de planificación familiar, morbi-mortalidad materna prevenible) más la atención del aborto seguro, ascendió a \$27.67mdd.

El costo de omisión en SSySR supera en 17 veces al costo de prevención

Satisfacer la demanda de planificación familiar, evitar la morbi-mortalidad materna prevenible y atender el aborto legal representa un ahorro de \$445.32mdd.

Cuadro 1. Costo 1. Costos de Omisión, prevención y pérdida social. Por rubro de costo .MSP-Ecuador,2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014.

Rubro	Casos	Monto (millones de dólares)
Costos médicos directos (de atención)		
Planificación familiar (PAPF)*	1,701,784	19.70
Embarazos no intencionados**	110,785	67.84
Complicaciones obstétricas***	15,712	5.16
Subtotal costos médicos de atención o directos	-	92.70
Costo social (no prevenir el embarazo adolescente, mortalidad materna)		
Mortalidad materna	81	63.59
Deserción escolar (por embarazo adolescente)	6,487	316.70
Subtotal costo social o indirectos	-	380.29
TOTAL COSTOS (MÉDICOS MÁS SOCIALES)	-	472.9
Costos médicos directos (de prevención)		
Satisfacer la demanda por planificación familiar (NIPF)****	741,420	26.70
Evitar la morbi-mortalidad materna prevenible	1,893	0.88
Atención del aborto legal (seguro)	569	0.09
TOTAL COSTOS DIRECTOS DE PREVENCIÓN	-	27.67
Ahorro		445.32

* Consultas iniciales y de seguimiento, en las que se entregan 3.3M de métodos

** Categoría compuesta por los casos y el costo de atención de los embarazos que terminan en un nacido vivo (controles prenatales, partos vaginales y cesáreas), en un aborto, las complicaciones obstétricas y los óbitos fetales

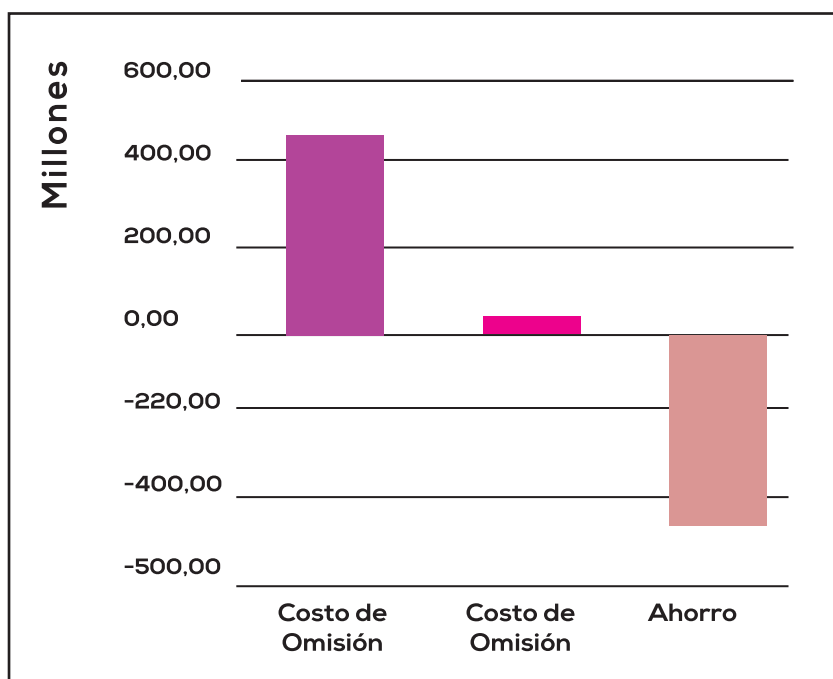
*** Complemento de las complicaciones obstétricas salientes a ENI (n= 24,970) y que en conjunto suman los 40,682 casos atendidos en el MSP

**** Consultas iniciales y de seguimiento, en las que se entregarían 7.3M de métodos

Notas: PAPF (Provisión actual de planificación familiar); NIPF (Necesidad insatisfecha de planificación familiar)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la información obtenida de los establecimientos de salud.

Figura 1. Costos de omisión, de prevención y ahorro de SSySR. Ecuador 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Fuente: Equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015), defunciones generales (201 y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015).

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de planificación familiar? Incluida la demanda insatisfecha

El costo de planificación familiar (PF) se compone del costo incurrido por el MSP

El costo total de satisfacer las necesidades de planificación familiar en Ecuador asciende a \$14.1mdd.

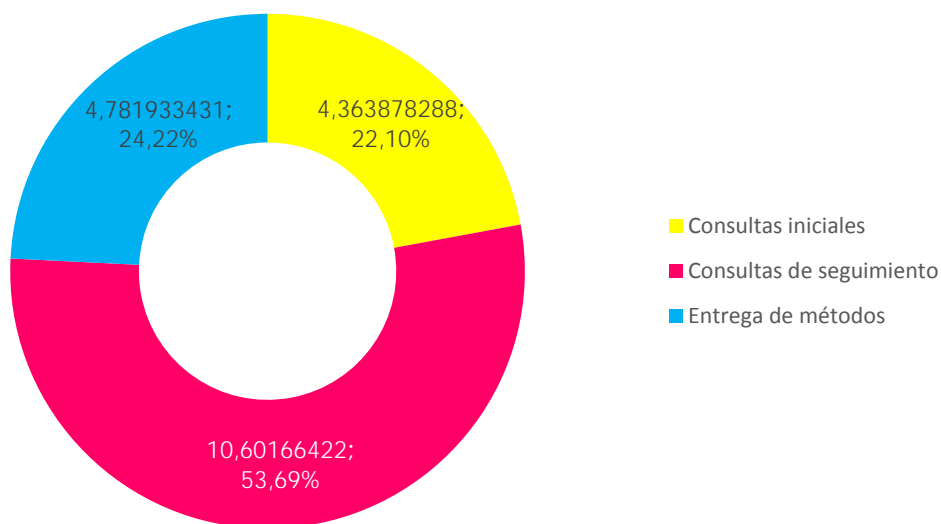
en la provisión actual de servicios y por el costo de extender la cobertura para solventar la demanda insatisfecha.

La provisión actual de servicios tiene un costo total estimado en \$19.7mdd. De estos, la mayor

proporción corresponde al costo de la consulta médica de seguimiento (53.7%), mientras que la entrega de métodos representó 24.2% del total (Figura 2). Del costo total por concepto de métodos otorgados, los anticonceptivos orales representaron el 44% (Figura 3) y al agregarse al resto de hormonales acumularon 80.31% (\$3.8mdd).

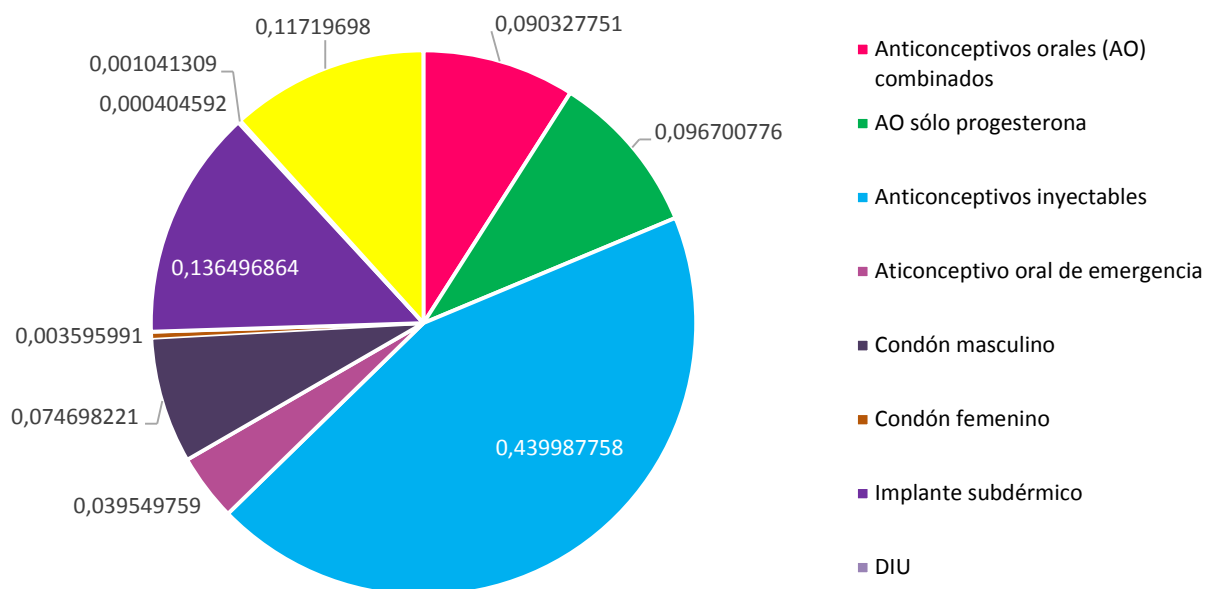
Satisfacer las necesidades de planificación en su totalidad, representa un costo estimado de \$26.70mdd (Cuadro 1). Este no se considera costo de omisión, sino una inversión con la que se prevendrían embarazos no intencionados y sus costos asociados.

Figura 2. Composición del costo de los servicios de planificación provistos por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Fuente: Equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015), defunciones generales (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015).

Figura 3. Distribución porcentual de los costos de provisión de métodos anticonceptivos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015



Fuente: Equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015), defunciones generales (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015).

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planificados? con énfasis en adolescentes.

Las consecuencias económicas de no prevenir embarazos no intencionados (no planificados + no deseados) se traducen en costos médicos y costos sociales

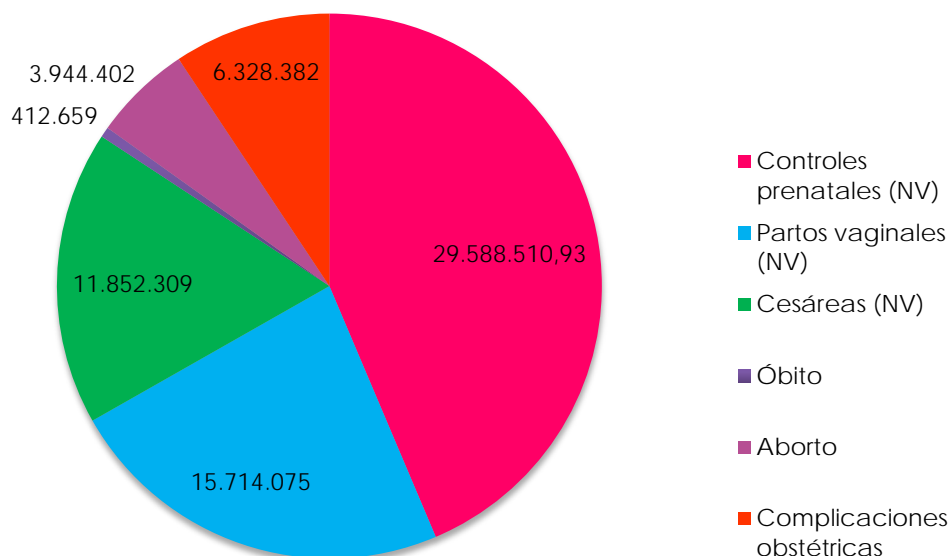
Los costos médicos se calcularon según el tipo de desenlace: nacidos vivos, óbitos, abortos y complicaciones obstétricas. Los costos sociales correspondieron al abandono escolar debido al embarazo adolescente.

El costo de atención de ENI es 5.4 más que el de prevenirlo

El costo médico de atención de los embarazos no intencionados ascendió a \$67.84mdd (Cuadro 1), de éstos, \$29.59mdd (44%) se utilizaron en la atención prenatal

(Figura 4); de los restantes \$38.25mdd la mayor proporción (27.57mdd, 40.6%) se destinó a la atención de partos (vaginal o cesárea) cuyo desenlace fue un nacido vivo; \$6.33mdd (9.3%) se utilizó en la atención de las complicaciones presentadas durante alguna de las fases del proceso obstétrico, \$3.94mdd (5.8%) se erogaron en la atención de embarazos cuyo desenlace es el aborto, y los restantes \$0.41mdd (0.6%) se usaron en la atención del óbito fetal, sea en parto vaginal o cesárea .

Figura 4. Distribución absoluta y porcentual de los costos de atención de los embarazos no intencionados. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Notas: 1) NV: Nacidos vivos; 2) Los abortos corresponden a los códigos CIE10: O00 a O08. En el caso de los códigos O05-O07 (que por definición en el estudio denotaron abortos inseguros) se atribuyó la totalidad de su ocurrencia a un embarazo no intencionado; 3) Las complicaciones obstétricas estudiadas son la hemorragia, Infección de vías urinarias (IVU), hipertensión arterial gestacional, pre-eclampsia, eclampsia/síndrome de HELLP, sepsis puerperal, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, parto obstruido, cesárea de emergencia

Fuente: Equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015), defunciones generales (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015).

La atención del embarazo en adolescentes tuvo un costo de 331mdd: 95.6% (\$316.73mdd) corresponden a las pérdidas sociales por deserción escolar de las embarazadas. SP 2015

El costo social del ENI en adolescentes ascendió a \$316.73mdd, y correspondió a la pérdida de ingresos futuros dado el abandono escolar de 6,487 adolescentes (15 a 19 años), de las que más de la mitad (56%) cursaba la educación básica al momento del embarazo. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Adolescentes que abandonan los estudios, años de escolaridad e ingresos potenciales perdidos según nivel de escolaridad al abandonar. Ecuador, 2015. Dólares estadounidenses de 2014

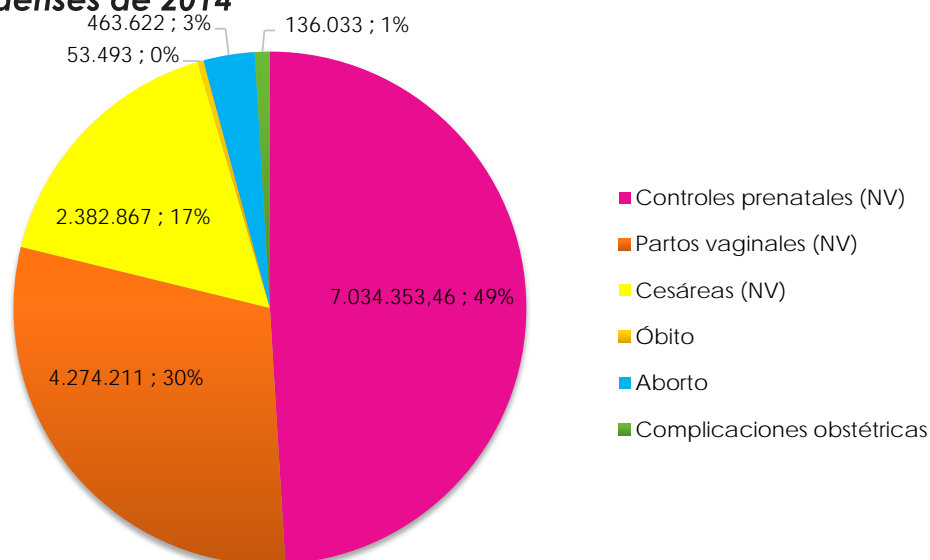
Nivel	Casos	Años de escolaridad perdidos	Ingresos perdidos*
Educación básica	3,641	25,488	208.98
Media/Bachillerato	2,846	11,384	107.76
Total	6,487	36,871	316.73

* Ingreso marginal perdido por abandonar la escuela tanto en el nivel básico, como el nivel medio. Se calculó haciendo la diferencia entre los ingresos anualizados y extendidos a lo largo de la edad laboral, y la escolaridad de referencia: nivel de estudios superior (i.e. se asumió que es el ideal alcanzable en escolaridad).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN (2004), ENSANUT (2012), y ENDEMAIN (2014).

La atención de embarazos no intencionados en el grupo de adolescentes le significó al MSP un costo total estimado en \$14.34mdd. De estos, 49% (\$7mdd) estuvo representado por la atención prenatal, 46.4% (\$6.65mdd) en la atención de partos de nacidos vivos (por vía vaginal o cesárea), 0.95% (\$0.13mdd) en la atención de complicaciones obstétricas, 3.23% (\$0.46mdd) en atención de embarazos que terminan en aborto y 0.37% (\$0.05mdd) en la atención de nacimientos de óbitos fetales (Figura 5).

Figura 5. Distribución absoluta y porcentual de los costos de atención de los embarazos no intencionados en adolescentes. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Notas: 1) NV: Nacidos vivos; 2) Los abortos corresponden a los códigos CIE10: O00 a O08. En el caso de los códigos O05-O07 (que por definición en el estudio denotaron abortos inseguros) se atribuyó la totalidad de su ocurrencia a un embarazo no intencionado; 3) Las complicaciones obstétricas estudiadas son la hemorragia, Infección de vías urinarias (IVU), hipertensión arterial gestacional, pre-eclampsia, eclampsia/síndrome de HELLP, sepsis puerperal, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, parto obstruido, cesárea de emergencia

Fuente: Equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015), defunciones generales (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015)

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible?

El costo directo médico ascendió a \$0.72mdd, mientras el costo social equivale a \$63.6mdd

El costo de proveer atención hospitalaria por las principales causas de morbi-mortalidad materna consideradas prevenibles (sepsis puerperal, aborto séptico, eclampsia y hemorragia posparto) ascendió a \$0.72mdd. Sin embargo, el costo social representa la carga más importante, \$63.6mdd por la ocurrencia de 183 muertes a nivel nacional, por eventos obstétricos (Cuadro 1).

El costo social representa la carga más importante, \$63.6mdd por la ocurrencia de 183 muertes a nivel nacional, por eventos obstétricos (Cuadro 1).

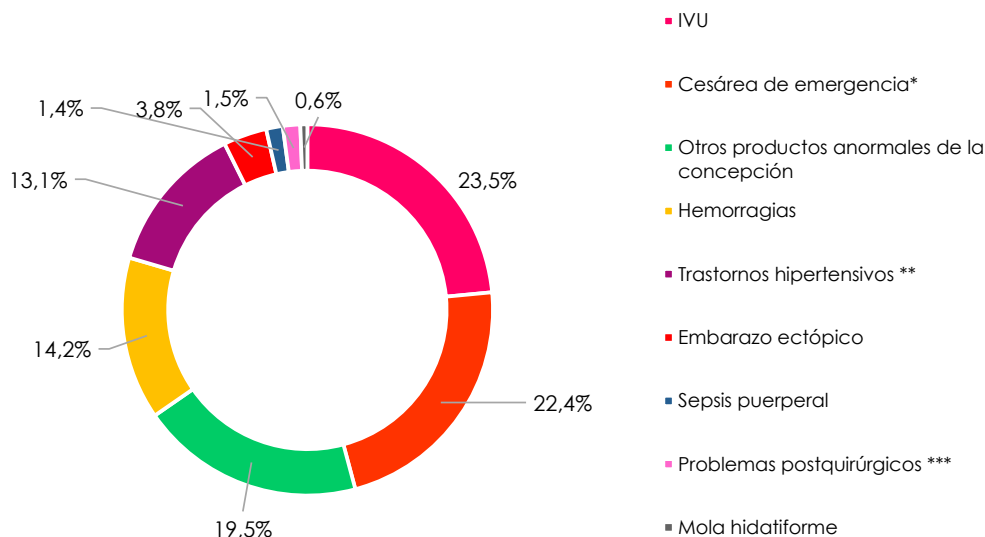
¿Cuánto le cuesta al Estado tratar las complicaciones obstétricas?

El costo de atención de las complicaciones obstétricas fue de \$13.18mdd.

Las infecciones de vías urinarias (IVU) fueron el padecimiento más frecuente, con 23.5% (n= 9,553) del total de eventos atendidos (n= 40,682) (Figura 6). Sin embargo, las cesáreas de emergencia fueron el padecimiento más costoso con el 27.3% de los 13.18mdd

que totalizó el costo de atención de las complicaciones obstétricas (Figura 7).

Figura 6. Principales causas de atención por complicaciones obstétricas en el MSP, 2015



*Incluye: Cesárea de emergencia y parto obstruido

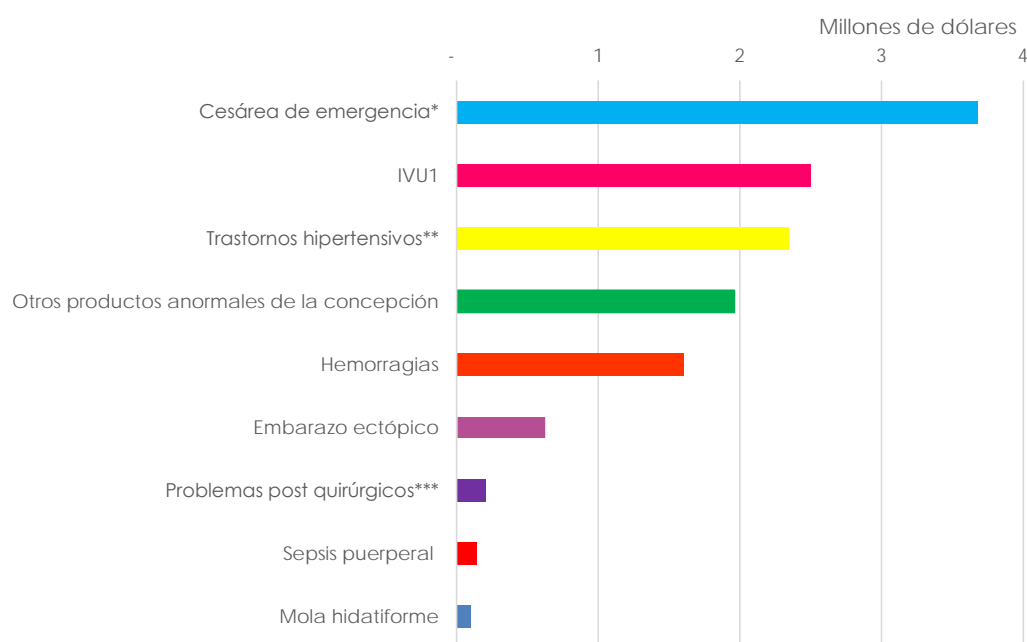
** Incluye: Pre-eclampsia, HTA gestacional y eclampsia/síndrome de HELLP

***Incluye: Infección y dehiscencia de heridas quirúrgicas

Nota: Equivalen al 40% de complicaciones atendidas en el MSP, de acuerdo a la BD de egresos hospitalarios 2015

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD de egresos hospitalarios (2015)

Figura 7. Costo de atención de las principales causas de atención de complicaciones obstétricas en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



*Incluye: Cesárea de emergencia y parto obstruido

** Incluye: Pre-eclampsia, HTA gestacional y eclampsia/síndrome de HELLP

***Incluye: Infección y dehiscencia de heridas quirúrgicas

Nota: Equivalen al 40% de complicaciones atendidas en el MSP, de acuerdo a la BD de egresos hospitalarios 2015

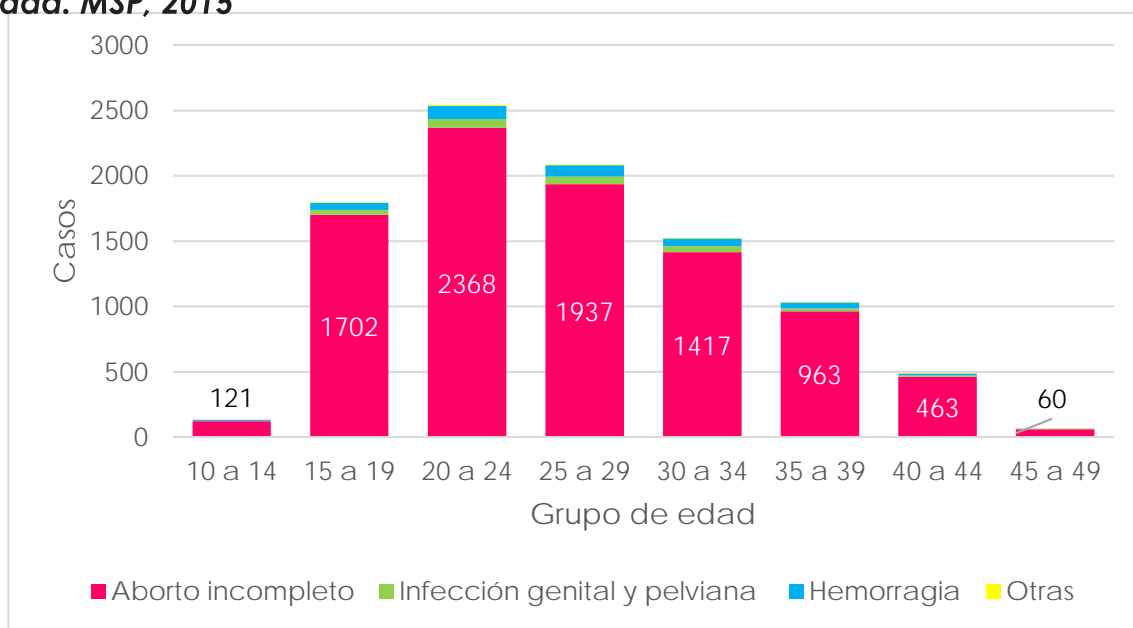
Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD de egresos hospitalarios (2015)

¿Cuál es el costo incurrido por el Ministerio de Salud Pública, MSP, en el tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro?

**Aborto Inseguro:
Costo médico directo: \$2.3mdd
Ecuador, MSP 2015**

De los 9,674 casos de complicaciones post aborto atendidos en el MSP en 2015, 93.4% correspondieron a abortos incompletos, y el grupo de edad entre 15 y los 29 años de edad (dos terceras partes de los casos) resultó el más afectado (Figura 8).

Figura 8. Complicaciones de abortos inseguros* atendidas según grupos de edad. MSP, 2015



*Códigos CIE-10: O05 a O07

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015)

El LUI resultó la técnica de evacuación uterina utilizada con mayor frecuencia en establecimientos del MSP, a pesar de que 40.4% de los casos tenían edad gestacional menor a 12 semanas.

El legrado uterino instrumental (LUI), independientemente del número de semanas de gestación, fue la técnica de evacuación uterina más usada (51%) en la atención postaborto en 2015. El AMEU se utilizó en el 28.8% de los casos y los fármacos en 20.2%. Estas atenciones represen-

taron un costo total estimado de \$2.3mdd.

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP por la atención del aborto seguro, en aquellos casos en los que es legal (Art. 150, numerales 1 y 2 del Código Orgánico Integral Penal, 2014), (5) según el nivel de atención en que se realiza y la técnica que se aplique?

El costo de atención del aborto legal fue de \$0.092mdd

Tomando en cuenta diversos métodos para la interrupción legal del embarazo.

Ecuador no dispone de un registro de atención de aquellos casos en los que es legal (Art. 150, numerales 1 y 2 del Código Orgánico Integral Penal, 2014), por tanto no se fue posible estimar su costo. No obstante, se estimó el costo de

los abortos médicos (código O04 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10). Se identificaron 569 registros; de los que 61% pertenecieron mujeres de 25-29 años de edad; 15 casos (3%) correspondieron adolescentes (10 a 19 años de edad). En relación a la distribución geográfica de los casos atendidos, 87% correspondieron a la Región Costa (concentrados en Guayas, Los Ríos y Manabí). Esto representó un costo total de \$0.09mdd.

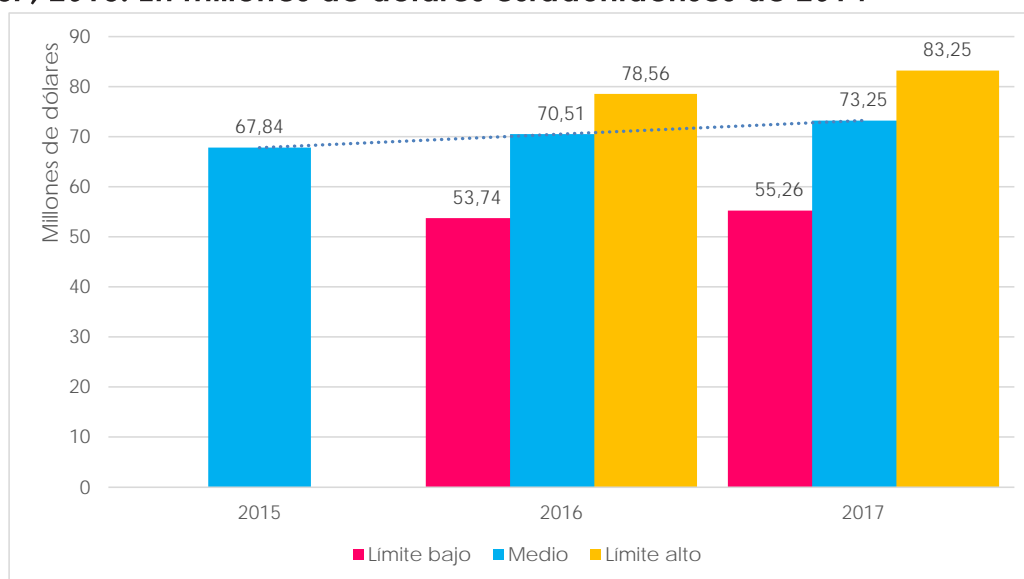
II. Proyecciones de inversión y cobertura en SSySR al 2017

Universalizar la cobertura de planificación familiar al 2017 representa un costo anual entre \$44.9mdd y \$73.7mdd

Satisfacción total de las necesidades de planificación familiar (población no cubierta): El costo de universalizar la cobertura de PF a la población con necesidad insatisfecha al año 2017, oscila entre \$44.9mdd y \$73.7mdd anuales, dependiendo del escenario de estimación.

Atención de embarazos no intencionados: Al estimar el costo que alcanzaría la atención de embarazos no intencionados al año 2017, arrancando desde el año 2015, y sin observarse cambios en los niveles de cobertura en su atención, se estimó un crecimiento del 4% entre el año 2015 y el 2016, al pasar de \$67.8mdd a \$70.5mdd. De igual manera, entre el año 2016 y el 2017 se estima un crecimiento del 4%, al pasar de \$70.5mdd a \$73.25mdd (Figura 9).

Figura 9. Costos directos totales* por la atención de embarazos no intencionados. MSP, 2015. En millones de dólares estadounidenses de 2014



*Tomando el escenario de estimación de los costos promedio. El total se construye considerando la atención prenatal, del parto, complicaciones obstétricas, embarazos que terminan en aborto, y óbitos

III. ¿Cuál es la relación entre las condiciones de pobreza y la situación de la salud sexual y reproductiva en Ecuador? Análisis de desigualdades

En el documento se analiza desde una perspectiva de determinantes sociales, las desigualdades en acceso y resultados en SSySR que pueden atribuirse a pobreza.

Para abordar empíricamente la pregunta entre la relación de la pobreza con la situación de la SSySR en Ecuador, se optó por un abordaje a partir de la determinación social de la salud, en particular la medición de desigualdades en salud a partir de estratificadores socioeconómicos que

consideren a la pobreza como el elemento principal. Considerando el carácter complejo de la pobreza, se decidió utilizar cuatro indicadores de la misma: la medición multidimensional, la medición por NBI, la medición por ingreso, y la educación como medida proxy de pobreza.

Considerando los datos disponibles tanto en indicadores de SSySR como de los estratificadores socioeconómicos mencionados, el análisis se desarrolló con la provincia como unidad de análisis. En ese sentido, se considera el porcentaje de la población en cada provincia que se encuentra en situación de pobreza (para cada uno de los 4 estratificadores) para analizar la diferencia en acceso y resultados entre las provincias con mayor pobreza y las de menor pobreza.

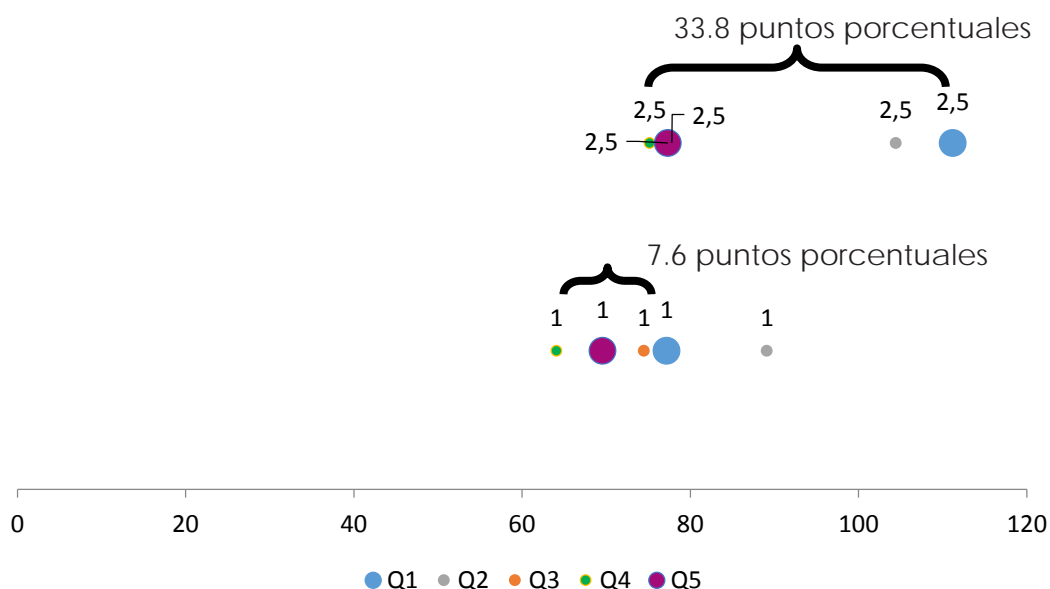
En Ecuador persisten desigualdades relevantes en SSySR asociadas con la pobreza, que se expresan claramente en la diferencia en mortalidad materna entre provincias con mayor pobreza con relación a las que presentan menores niveles de pobreza.

Contrastando entre 2009 y 2015 se presenta un panorama mixto. Por una parte, hay avances relevantes en aspectos como la fecundidad entre adolescentes, para la cual se observa tanto una disminución general en el país como una reducción de la brecha asociada con la pobreza, la cual pasa (considerando la pobreza multidimensional) de una brecha absoluta (diferencia entre las provincias con

menor pobreza y las provincias con mayor pobreza) de 33.87 puntos porcentuales a 7.61 puntos porcentuales (Figura 9); no obstante, persisten retos nodales, como la mortalidad materna, para la cual la brecha de hecho se incrementó al pasar de 39.30 puntos porcentuales a 46.7 puntos porcentuales (Figura 10).

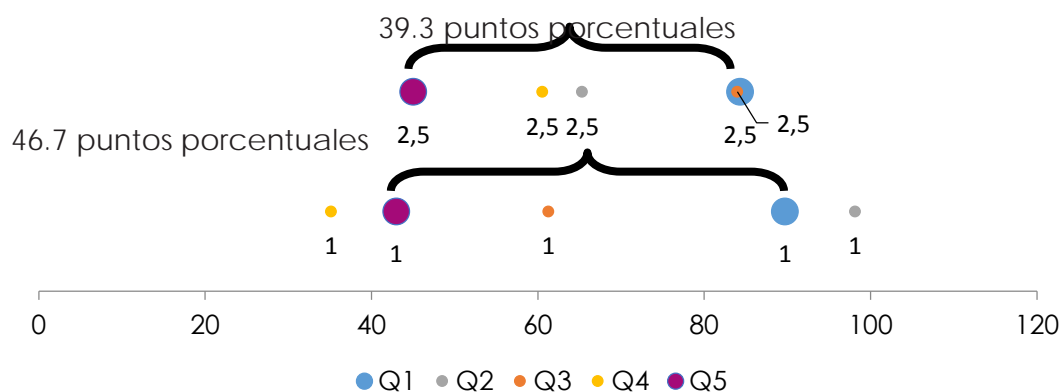
Los resultados sugieren la importancia de fortalecer el enfoque en la determinación social de la salud, lo que conlleva tanto la focalización de acciones hacia las poblaciones socioeconómicamente vulnerables, como una mirada que desde el desarrollo social contribuya a la SSySR de las y los ecuatorianas.

Figura 10. Brechas de desigualdad: tasa de fecundidad adolescente por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



Q1= Mayor proporción de población en pobreza; Q5= Menor proporción de población en pobreza
 Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir del análisis de desigualdades

Figura 11. Brechas de desigualdad: razón de muerte materna por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



Q1= Mayor proporción de población en pobreza; Q5= Menor proporción de población en pobreza
 Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir del análisis de desigualdades

Referencias

1. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Ecuador avanza en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio [Internet]. Ecuador; 2015. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Chakana-Revista-de-Análisis-de-la-Secretaría-Nacional-de-Planificación-y-Desarrollo-Senplades-N.11.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. Rendición de cuentas 2015. Ecuador; 2015.
3. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Sistema integrado de conocimiento y estadística social del Ecuador [Internet]. [cited 2005 Jul 20]. Available from: Social,
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2014 [Internet]. Quito, Ecuador; 2015. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
5. Asamblea Nacional de Ecuador. Código Organico Integral Penal [Internet]. Quito; 2014. Available from: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>

Belkis Aracena Genao
René Leyva Flores
Nicéforo Garnelo Bibiano

El acceso adecuado a bienes y servicios de salud sexual y reproductiva (SSySR), en un marco de igualdad de género, sin distinción de edad, grupo étnico, orientación sexual o pertenencia religiosa es reconocido, a nivel global, como un elemento esencial para el desarrollo económico y social de los países (1). Por tanto, decidir sobre el número y espaciamiento entre los hijos constituye un derecho (33). A pesar de ello, el acceso a métodos anticonceptivos de forma oportuna, adecuada y generalizada, sin discriminación por características socioeconómicas y demográficas, continúa limitando hacer uso de este derecho.

De igual manera, la interrupción de la gestación, ante la ocurrencia de embarazos no intencionados (ENI, no planeados o no deseados), es escasamente permitida, y en algunos países es prohibida incluso ante peligro inminente de muerte de la mujer (34). Estas prohibiciones laceran los derechos sexuales y reproductivos, limitando de manera concreta el derecho de las mujeres a decidir el número y momento de tener hijos, pero además constituyen un atentado a la salud de las mujeres. Adicionalmente, se suman a la larga lista de elementos generadores de acceso diferencial a los servicios de salud (educación, ingreso, ocupación, etc.); provocando importantes diferencias entre unas y otras, atribuibles, en este caso, al lugar de residencia; siendo emblemático el caso de la Ciudad de México, donde no existen limitantes, salvo la edad gestacional, para la realización de abortos, mientras que a pocos metros, en las entidades federativas colindantes el acceso a servicios de aborto seguro es inexistente, por la existencia de marcos regulatorios restrictivos. Esto constituye un ente generador de inequidad, dado que solo impide el acceso al aborto seguro a las que no poseen recursos para trasladarse a los lugares en los que es permitido (35,36). Estos esquemas prohibitivos se caracterizan por estigmatizar, culpar y condenar a las mujeres (37), y por convertir una problemática social, que constituye un problema de salud pública, en algo individual, de la que se responsabiliza enteramente a la mujer (6).

La falta de acceso efectivo a servicios de atención a la salud afecta las condiciones de salud y el bienestar de las mujeres y de la sociedad en su conjunto. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día se

registran 800 muertes de mujeres por complicaciones obstétricas (2), la mayoría de las cuales, podría evitarse con intervenciones de bajo costo. Este fenómeno constituye un indicador de inequidad e injusticia social que se concentra en los países en desarrollo (en 2013, la razón de mortalidad materna -RMM- en países en desarrollo fue de 230 muertes por 100 000 nacidos vivos versus 16 por 100 000 nacidos vivos en países desarrollados) (2).

La muerte de mujeres jóvenes por eventos obstétricos, tiene implicaciones económicas y sociales, y merma de manera importante el capital humano, debido al riesgo de enfermar y morir que experimentan los hijos de las madres muertas; sumado a los trastornos por la desintegración del grupo familiar y la frecuente deserción escolar que acarrea (2,3).

En relación al embarazo en adolescentes, se ha evidenciado la existencia de una relación positiva entre el embarazo temprano y la reproducción de círculos de pobreza. Su medición se ha realizado a través de procesos intermedios, como son incremento en la probabilidad de deserción escolar y la reducción de la movilidad social positiva de las adolescentes (4).

Los embarazos en adolescentes muestran un carácter inter-generacional, que conlleva a la replicación y persistencia de patrones reproductivos, madres jóvenes también se convierten en abuelas jóvenes (5).

En este contexto, reviste vital importancia el mejoramiento en el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar (PF). Se ha afirmado que programas de planificación familiar funcionales, contribuyen a incrementar la utilización de los métodos anticonceptivos y permiten reducir embarazos no deseados y la frecuencia de abortos, sobre todo inseguros (8). También ayudan a reducir embarazos de alto riesgo y a retrasar la primera gestación. Con lo que incrementan las posibilidades de concluir la educación formal, obtener mejores empleos, y en consecuencia romper el círculo de pobreza, que con frecuencia está presente en las adolescentes de Latinoamérica (8).

La necesidad de mejorar el acceso y calidad de los servicios de PF, requiere especial atención en las comunidades rurales y urbano-marginales, con énfasis en las pertenecientes a grupos étnicos y otras minorías, debido a las brechas en el acceso a estos servicios atribuibles a la condición socioeconómica (8,38).

Ecuador enfrenta importantes problemas de salud sexual y reproductiva. Así lo reflejan los indicadores frecuentemente utilizados, por citar algunos ejemplos: 1) la razón de mortalidad materna (RMM) es de 44.6 por 100 000 nacidos vivos, 2) la tasa de fecundidad adolescente (en mujeres de 15 a 19 años) es de 72.93 nacidos vivos por cada 1000 mujeres adolescentes (10), y 3) el número de

egresos hospitalarios por causas relacionadas con un aborto es 31,302 (11).

El comportamiento de estos indicadores ha motivado que el MSP desarrolle diversos esfuerzos, entre ellos:

Formulación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, elaborado, en 2008, por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Consejo Nacional de Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA, Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador y el Fondo de Población de las Naciones Unidas con el objetivo de “contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil” (<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH103b.dir/doc.pdf>).

Organización, en el año 2010, del Taller “Interculturalidad y ejercicio de derechos en la Subregión Andina, con énfasis en salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento de Sumak Kawsay-Buen Vivir”. A partir del cual se generó “una rica discusión conceptual y metodológica, así como a la búsqueda de estrategias para hacer de la interculturalidad una realidad en las políticas públicas de salud” (<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH6788.dir/doc.pdf>).

Levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Que contiene un componente de salud sexual y reproductiva.

Elaboración, en 2016, de “material educativo sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, cuidados en el embarazo. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH0107.dir/doc.pdf>

Elaboración, en 2016, del “Calendario del embarazo. Una vida que crece en mí”. Este calendario tiene el propósito de guiar a los futuros padres. Describe los cambios que experimentará el cuerpo de la mujer, aporta consejos prácticos y sirve como medio para planear citas importantes. (<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH0175.dir/doc.pdf>)

La “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente” (ENIPLA), vigente hasta diciembre de 2014. Su propósito fue reducir el número de embarazos no deseados, la mortalidad materna asociada y la proporción de embarazos en adolescentes (12). Posterior-

mente se puso en marcha, como parte del denominado Plan Familia Ecuador, la “Estrategia de intervención para la prevención del embarazo adolescente, cuyo propósito es estabilizar el embarazo en adolescentes a través de los servicios de salud con la participación activa de funcionarios del MSP, profesionales de la salud, de los adolescentes, sus familias y la comunidad, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud” (39).

Con la finalidad de generar información económica sobre la carga que representa el comportamiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Secretaría de Planeación y Desarrollo (SENPLADES) de Ecuador, propusieron, con el apoyo de SENDAS, UNFPA y Planned Parenthood Global (PPG), realizar un estudio de Costos de Omisión en SSySR.

Para el desarrollo del estudio, se conformó un Comité Técnico con representación de delegados de las instituciones participantes, que definieron los lineamientos, generales y específicos, que sirvieron de guía (Términos de referencia –TdR-). Estos TdR fueron aprobados por las autoridades correspondientes y sirvieron de base para emitir la convocatoria y seleccionar al equipo investigador. En primera instancia, el Comité fue responsable de recibir y analizar las propuestas técnicas y los perfiles institucionales de diferentes organizaciones. A partir de este análisis se eligió al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)¹ para realizar el estudio. El Comité fue responsable de facilitar el acceso a la información y dio seguimiento puntual a la ejecución del estudio, vigilando el cumplimiento de las entregas en tiempo y forma y el apego a los estándares de calidad requeridos.

En este informe final, se reportan las actividades llevadas a cabo para dar cumplimiento a los objetivos planteados y los resultados obtenidos. De acuerdo a los Términos de Referencia, los objetivos, fueron:

Objetivo general

Realizar un estudio de costos de omisión, que permita:

Contar con información que apoye al Estado, MSP y SENPLADES en la generación e implementación de normas legales y políticas de inversión en Salud Sexual y Reproductiva, especialmente orientadas a la reducción de la Mortalidad Materna, que contribuyan al cumplimiento de los derechos constitucionales y de las metas del Plan Nacional del Buen Vivir.

Evidenciar cómo influye la implementación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva en la erradicación de la pobreza.

¹ Institución académica con sede en México, que tiene como misión “Contribuir a la equidad social y a la plena realización del derecho a la protección de la salud a través de la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.” (176).

Objetivos específicos

Estimar los costos de omisión económicos y sociales. Que permita responder a las siguientes preguntas:

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de planificación familiar? Incluida la demanda insatisfecha.

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planificados? Con énfasis en adolescentes.

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible?

¿Cuánto le cuesta al Estado tratar las complicaciones obstétricas?

Estimar los costos de omisión económicos y sociales del aborto y aborto realizado en condiciones de riesgo (inseguro), que permita responder a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el costo incurrido por el Ministerio de Salud Pública, MSP, en el tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro?

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP por la atención del aborto seguro, en aquellos casos en los que es legal (Art. 150, numerales 1 y 2 del Código Orgánico Integral Penal, 2014), (40) según el nivel de atención en que se realiza y la técnica que se aplique? Tomando en cuenta diversos métodos para la interrupción legal del embarazo.

Establecer cómo la implementación de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva influye en la erradicación de la pobreza.

Estimar proyecciones de inversión y cobertura al 2017 con base en tres escenarios posibles: a) mantener la misma inversión y coberturas; b) mejorar la inversión y coberturas, cubrir la demanda insatisfecha, c) reducir la inversión y coberturas.

Se concentran en este documento las diversas actividades realizadas en el estudio, los métodos implementados, resultados, conclusiones y algunas propuestas de recomendaciones. Su estructura, manejada en formato de capítulos, está en función de los objetivos específicos (OE); sin embargo, dado que dos de

estos (1 y 2), aunque difieren en los productos a costear, tenían el mismo propósito, se han fusionado en un mismo apartado, en virtud de lo cual el informe está conformado por tres capítulos. Dentro de cada uno se incluye una breve introducción, los métodos, resultados, conclusiones y recomendaciones por objetivo.

Es importante señalar que para facilitar la lectura y preservar la coherencia interna del documento, los objetivos fueron reordenados en función de su objeto de estudio. Así, el objetivo 3 “Establecer cómo la implementación de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva influye en la erradicación de la pobreza” se ubicó en primer lugar (Capítulo I). Los objetivos 1, 2 y 4 se enfocan propiamente en las estimaciones de costos y son eminentemente cuantitativos, mientras que el OE 3, consistente en un análisis de políticas, estrategias y programas, requirió del uso de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas.

Si bien el eje central de la estructura del informe son los objetivos específicos, el documento también contiene, además de este apartado introductorio, un resumen ejecutivo, el marco teórico-conceptual que sustentó la investigación, las conclusiones y recomendaciones generales (con elementos que, aunque no hacían parte de los objetivos, resultaron de las experiencias del equipo de investigación, principalmente durante el trabajo de campo y la revisión de documentos que reflejan la situación reciente de la SSySR en Ecuador). Por la importancia en términos del esfuerzo del equipo de investigación, pero sobre todo por haber permitido la recaudación de información de gran valor para responder las preguntas planteadas, se describe este último dentro de la sección de anexos. Dentro de estos también se incluyen los cuestionarios utilizados en la revisión de las historias clínicas, los algoritmos que guiaron los análisis de las bases de datos, cuadros primarios y de resultados y los análisis detallados de los documentos obtenidos en la revisión bibliográfica, entre otros.

René Leyva Flores
Irma Romero Pérez
Belkis Aracena Genao

En la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en el año 1994, se definió la SSySR como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo [de manera informada], cuándo y con qué frecuencia” (1). Este abordaje considera a mujeres y hombres durante todas las etapas de la vida.

Desde esta perspectiva, la SSySR no es una cuestión limitada a la llamada “etapa de procreación” o “edad fértil” de la mujer; por el contrario, abarca el ciclo de vida de las personas, incluidos la infancia, adolescencia, adultez y el periodo post-reproductivo (2). En tal sentido, se busca que hombres y mujeres tengan una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad placentera y responsable(3–5).

Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida de hombres y mujeres, la reproducción –como la función de procrear– constituye una de sus capacidades, con carácter temporal biológicamente determinado.

Es importante tener en cuenta que el ciclo de vida en el ámbito de la SSySR no es una simple división de grupos de edad, sino un mecanismo para entender las diferencias en las capacidades y oportunidades durante cada una de las etapas del desarrollo humano, que expresa grados de competencia de las personas para ejercer una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la libertad de reproducirse en el tiempo y la frecuencia deseada (6). Dicho enfoque reconoce que las experiencias individuales forman parte de contextos sociales cambiantes a lo largo de la vida, y que los comportamientos sociales de una generación repercutirán en las siguientes (7).

La SSySR se reconoce como resultado del ejercicio de derechos, que confiere a hombres y mujeres la facultad de decidir cuándo y con quién formar pareja, definir la cantidad y momento para tener hijos, y de elegir el método

anticonceptivo a usar para la prevención del embarazo cuando no se desee procrear. La capacidad para ejercer tales derechos implica tener acceso a servicios de información y de atención, que contribuyan a una maternidad y paternidad sin riesgos, tanto para la mujer como para el producto de la gestación; al ejercicio de la sexualidad de forma segura, previniendo las infecciones de transmisión sexual; y al disfrute de una vida libre de violencia y coerción sexual (7).

Asimismo, la SSySR es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales (8). Su incorrecta interpretación y manejo tiene consecuencias importantes para la sociedad en su conjunto, expresadas a través de injusticia, inequidad y desigualdad relacionadas tanto con los procesos sexuales como con los reproductivos. Estos derechos y deberes individuales están estrechamente vinculados, dado que el derecho de un individuo constituye la obligación de no obstaculizar o impedir el ejercicio del mismo derecho en los otros (2,9)

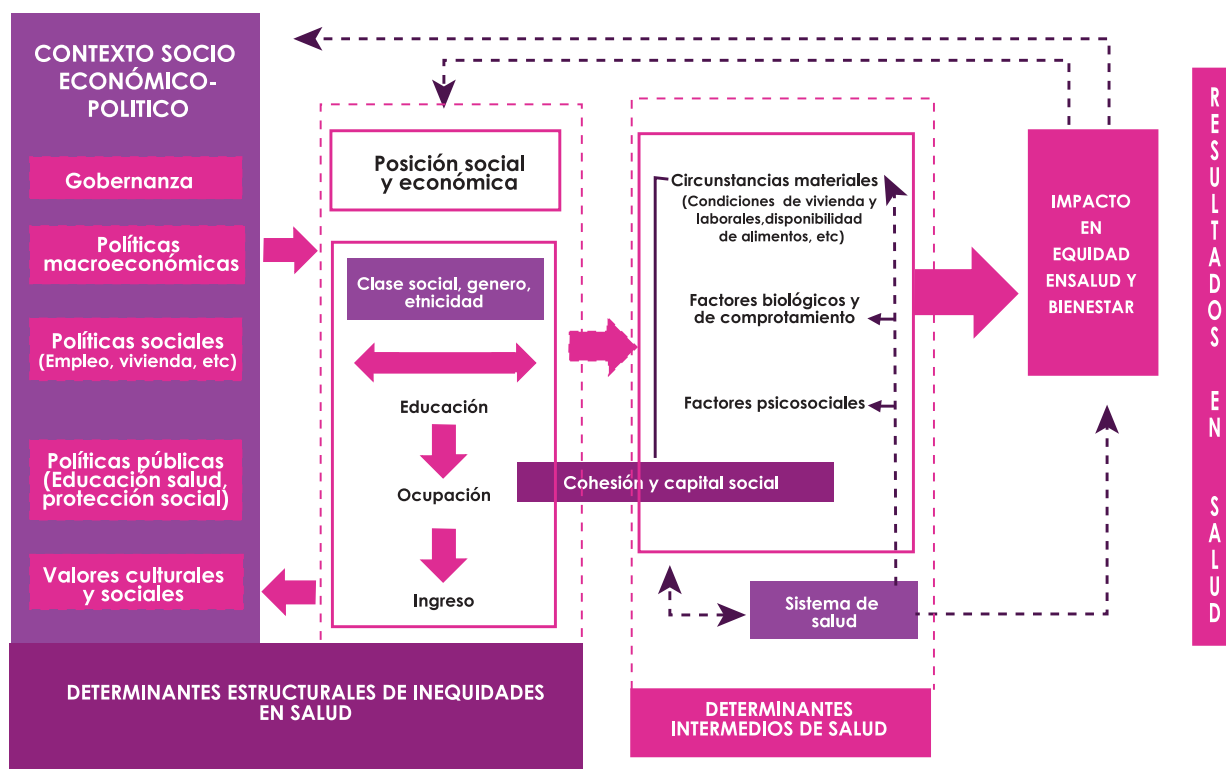
Los determinantes sociales de la SSySR.

La situación de la SSySR puede abordarse desde el enfoque de los determinantes sociales. Estos se definen como “las circunstancias en que nace, crece, vive, trabaja y envejece la gente, y en la forma en que se organiza la sociedad para atender los problemas de salud. Estas circunstancias están determinadas por aspectos políticos, sociales y económicos que explican las inequidades en salud presentes al interior de los países y entre países” (10). Con el propósito de contribuir a generar estrategias para reducir las diferencias manifiestas en los indicadores de salud, la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS recomienda: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (11) . Estas recomendaciones concuerdan en esencia con postulados de otras iniciativas, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) planteados en el año 2000, que incluían un paquete de acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los más excluidos y reducir así, las enormes brechas existentes entre miembros de distintas clases sociales en países o regiones del mundo (12,13).

Desde este marco emerge la necesidad de diseñar, implementar y evaluar estrategias orientadas a transformar sustancialmente las condiciones de vida cotidianas de las mujeres, principalmente aquellas afectadas por problemas de sexualidad y reproducción. Para ello, se proponen abordajes en las siguientes dimensiones: contextuales, a través de políticas de inclusión social, que modifiquen

elementos clave relacionados con la gobernanza, políticas macroeconómicas, políticas sociales y políticas públicas, sin obviar los valores culturales y sociales; micro-ambientales relacionadas con los llamados determinantes intermedios, en los que se incluyen las condiciones materiales de vivienda y laborales; y los factores biológicos y psicosociales; permeados por el sistema de salud (Figura. T. 1). Se espera, como resultado, que estas políticas modifiquen el gradiente de inequidad social que persistentemente afecta a los más pobres (10).

Figura. T. 1. Determinantes Sociales en Salud



Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de Salud, Organización Mundial de la Salud.

La perspectiva de género en el ámbito de la SSySR

En el marco general de determinantes sociales en salud, el género constituye una categoría central relacionada con la SSySR. Puede entenderse como un conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales (formas de comportamiento, valores, actividades a realizar) asignados socialmente al ser hombre o ser mujer, que establecen roles y estereotipos de lo femenino y lo masculino, y a partir de los cuales las personas construyen sus identidades (14). Estos atributos pueden, y con frecuencia actúan como propiciadores de relaciones sociales de poder generadoras de inequidades (15). Dicho concepto tiene un carácter jerárquico y cambiante a través del tiempo, es específico de acuerdo al contexto y es estructurado institucionalmente (16).

Abordajes y acciones con una perspectiva de género consideran que las diferencias entre mujeres y hombres se dan, más que por características biológicas, por las diferencias culturales, sociales y económicas asignadas a los seres humanos (16). Estas asignaciones se caracterizan por ser inequitativas, con constantes negaciones de acceso de las mujeres a los espacios de decisión, a los recursos productivos, servicios y oportunidades, educación e incluso con infravaloración de su salud (17). La Organización de las Naciones Unidas publicó en el año 2015 el reporte "Las Mujeres del Mundo 2015: Patrones y estadísticas" (The World's Women 2015: Trends and Statistics), en donde se evidencia la situación de las mujeres en distintos ámbitos como el educativo, laboral, participación ciudadana y condiciones de pobreza, entre otros. Las mujeres más vulnerables son las jóvenes de 15 a 29 años, en las que las principales causas de muerte se relacionan con el embarazo, parto, aborto inseguro y VIH-SIDA (epidemia que se ha feminizado)(18,19). Las mujeres adultas mayores incrementaron su esperanza de vida (19); pero se observa una feminización de la pobreza (dos tercios de la población pobre son mujeres (20) . Además se incrementaron los hogares monoparentales, en los que las jefas de hogar son madres solteras, lo que contribuye a una mayor desventaja social para ellas y sus hijas e hijos(19,20).

A pesar de que la cobertura de los servicios educativos se ha extendido en la población femenina y un mayor número de mujeres alcanzan, la educación secundaria, universitaria e incluso de posgrado comparado con décadas anteriores, persiste la deserción escolar temprana y altas tasas de analfabetismo, debido a las responsabilidades asociadas al cuidado y crianza de hijas e hijos, hermanas y hermanos menores, y a la mayor o exclusiva responsabilidad de las tareas del hogar (19,21). Asimismo, las mujeres están excluidas de la toma de decisiones económicas dentro de sus hogares y no hacen uso de los servicios financieros formales (19), continúan dependiendo económicamente de sus parejas o familiares varones; incluso, tienen acceso restringido a la posesión de la tierra (19).

Las mujeres también se ven afectadas por prácticas discriminatorias en el ámbito laboral, perciben aproximadamente 33% menos que los hombres desempeñando funciones similares en el mismo empleo (20,21). Es importante destacar que una proporción elevada de mujeres no participan en la actividad económica de mercado, aunque su participación, con el trabajo doméstico, representa 40.5% del PIB en países desarrollados (20); muchas de ellas se encuentran desempleadas o participan en la economía informal (19,20). Estas condiciones de desigualdad, sumadas a la violencia, los abusos y la falta de empoderamiento para decidir sobre su cuerpo y sexualidad, obstaculizan la erradicación de la pobreza extrema (18).

En este contexto, la Organización de las Naciones Unidas ha planteado que la autonomía de la mujer es la política más eficaz para incidir positivamente en indicadores de productividad económica, mortalidad materna e infantil, nutrición, promoción de la salud y para romper el círculo intergeneracional de pobreza (13,22); por lo que se deberá procurar eliminar la discriminación y desigualdad de género presentes a lo largo del ciclo de la vida (17).

Una de las formas de abordar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres ha sido la incorporación de la equidad de género al interior de las políticas públicas; esta perspectiva abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y de relación entre los seres humanos (16). Además, considera y cuestiona las construcciones y relaciones sociales históricas y culturales del ser mujer y ser hombre; es la base para el análisis de información, para elaborar, planear, desarrollar, monitorear y evaluar intervenciones que transformen esa desigualdad social en equidad y justicia social para mujeres y hombres (16,23); promueve cambios con la intención de generar relaciones más democráticas entre las mujeres y los hombres, e implica, como un punto importante, la participación de los hombres con miras a asumir responsabilidades directas en los diferentes aspectos del ser humano, incluidos los referentes a la salud sexual y reproductiva (24).

El enfoque de perspectiva de género al interior de las políticas públicas requiere de la voluntad política de los gobiernos de los países, un indicador de ello es la elaboración de presupuestos gubernamentales enfocados a las mujeres. Los presupuestos bajo esta perspectiva deben considerar “el análisis de los gastos e ingresos gubernamentales reales en relación a mujeres y niñas comparados con los realizados en relación a hombres y niños” (25,26). Estas herramientas tienen como objetivos: mejorar la adjudicación de recursos a las mujeres; apoyar la incorporación de la perspectiva de género en la macroeconomía; fortalecer la participación de la sociedad civil en la elaboración de políticas económicas; y hacer un seguimiento del gasto público en cuestiones de género y desarrollo (25,26), y el continuo proceso de Desarrollo Sostenible que le prosigue.

La etnicidad y la SSySR

La discriminación racial y étnica tiene un arraigo histórico en las sociedades, que fomenta las desigualdades de la población (21,27,28) . Un amplio porcentaje de la población indígena de América Latina - México, Perú, Bolivia, Guatemala, Paraguay y Brasil- se encuentra por debajo del umbral de pobreza, viven en zonas rurales y con precarias condiciones en materia de infraestructura (27) . En el ámbito de la salud, enfrentan dificultades de acceso a servicios médi-

cos, y los disponibles son de cuestionable calidad; adicionalmente, no consideran, generalmente, los criterios de pertinencia cultural o aceptabilidad (27). Estos grupos sociales difícilmente son tomados en cuenta para la discusión, diseño e implementación de políticas públicas en materia de SSySR; en consecuencia, las políticas y estrategias implementadas no incluyen la cosmovisión de los pueblos originarios sobre la sexualidad, la reproducción y la pobreza. En esencia, no se reconocen las especificidades de sus problemáticas ni sus propuestas de solución (18,27).

Por ello, y siguiendo el marco de los determinantes sociales en salud, la condición étnica contribuye a la comprensión de las distintas concepciones del mundo y de las relaciones sociales. Debido a las implicaciones que tienen los significados y valores de los hechos y actos en determinados grupos sociales, la etnicidad representa un elemento fundamental en el análisis de la SSySR (10,29). En esencia, el análisis de etnicidad permite comprender y manejar determinados procesos sociales, como es que pertenecer a un grupo étnico no es per se un obstáculo para el acceso a servicios de salud; por el contrario, la baja utilización de los escasos servicios disponibles constituye un indicador específico de la falta de condiciones y capacidades para el ejercicio de los derechos de quienes pertenecen a grupos minoritarios (10,29). Son estos grupos los que enfrentan mayor descontrol de su fecundidad (30) y rezago en otros indicadores. Un estudio realizado en Bolivia, estimó una diferencia de 15.4 puntos porcentuales en el acceso a la atención del parto institucional entre mujeres indígenas comparadas con no indígenas (31).

El ciclo de vida y la SSySR

En el contexto de este documento, el ciclo de vida hace referencia a la edad, contenida en el marco de los determinantes sociales de la salud, como elemento fundamental para explicar la exposición a riesgos y sus posibles desenlaces; en consecuencia, y en virtud de que los jóvenes presentan mayores condiciones de vulnerabilidad, los análisis priorizaron a la población joven, enfáticamente el grupo de adolescentes. Éstos, de acuerdo a la OMS, corresponden al grupo poblacional cuyo periodo de vida se ubica entre la niñez y la edad adulta, aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Constituye una etapa de transición, caracterizada, en términos biológicos, por un ritmo acelerado de crecimiento y desarrollo de distintos órganos y funciones humanas. Mientras que en términos sociales, equivale al momento de "transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto"(32)

El grupo de jóvenes, 15 a 24 años de edad, representa el 25% de la población mundial y concentra el 44% de la masa de desempleados. De estos, una importante proporción se encuentra fuera del sistema educativo, vive en condiciones de pobreza y no tiene acceso a servicios básicos y de salud (21,33,34).

Pero además, este segmento poblacional enfrenta importantes problemas de salud sexual y reproductiva, como ejemplo se puede citar el número de partos registrados diariamente en mujeres menores de 18 años, que alcanza los 20 000 (35). Esta cifra se distribuye de manera heterogénea a nivel mundial, siendo los países en desarrollo los que reportan la mayor proporción (95% del total). La ocurrencia del embarazo temprano (en adolescentes) tiene consecuencias inmediatas y permanentes, y dentro de ellas se encuentran tanto los daños a la salud como repercusiones económicas y sociales, que abarcan desde el ámbito individual (la niña embarazada y su familia) hasta a la sociedad en su conjunto (35). Sumado a los posibles daños provocados por el embarazo mismo, se encuentran los riesgos potenciales vinculados al aborto inseguro, al que recurre una alta proporción de las mujeres ante la presencia de un embarazo no intencionado (no deseado o no planeado), y son nuevamente las más pobres las más afectadas (35).

Se reconocen también como factores determinantes de la salud en la población adolescente, las prácticas sexuales de riesgo, las restricciones de acceso a métodos anticonceptivos (que tiene efecto sobre la mayoría de los desenlaces negativos de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes), la propagación del VIH y otras ITS, los movimientos migratorios y la violencia (18,20,21,27,34).

En un contexto como el descrito es indispensable promover el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, fomentar el desarrollo humano y social, mediante la inversión en programas educativos y de generación de empleos y eliminar las barreras legales o administrativas que impiden el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes (33).

La SSySR en relación con la pobreza

Como quedó establecido con anterioridad, las condiciones socioeconómicas en que viven las personas contribuyen a explicar el comportamiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva; por tanto, en su abordaje convergen, y divergen, perspectivas de carácter social, económico, político y cultural que generan posicionamientos extremos –de apertura o conservadurismo– de la sociedad. De esta manera, los enfoques discurren entre posicionamientos estrictamente prohibitivos, basados en enfoque meramente biologicistas, que

podrían conducir a conductas de riesgo ante el ejercicio de la sexualidad (18), y posturas de total apertura, en las que prevalece el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en los que el enfoque es hacia el libre ejercicio sexual y sin riesgos (27,36).

Bajo este último enfoque, la SSySR es comprendida como "...la capacidad de disfrutar de actividades sexuales y reproductivas reguladas a partir de una ética personal y social [...]. La ausencia de factores psicológicos como elementos afectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas, mitos, prejuicios) que inhiban el bienestar sexual o perturben las relaciones sexuales y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad sexual y reproductiva [considerando el acceso a los medios que favorezcan la toma de decisiones informadas]" (33). Lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria (sin riesgos y en libertad de decidir tener hijos o no, cuándo, cuántos y con qué frecuencia) y el derecho garantizado a recibir atención relacionada con la SSySR (37). Sin embargo, el alcance de este propósito se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones de vida de la población; de la forma tal que, la situación de la SSySR actúa como elemento explicativo de doble vía (causa y efecto) de las condiciones de vida de las personas.

Bajo esta óptica, la condición de pobreza constituye uno de los determinantes que podría contribuir a explicar la capacidad social para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En razón de ello, la pobreza fue incluida como eje prioritario para el logro de los ODM, a través de tres metas:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre ,
- 2) lograr el empleo pleno y
- 3) lograr que todas y todos cuenten con un trabajo decente, incluida la población de jóvenes(18,38).

Sin embargo, si bien los ODM mostraron avances significativos en varios indicadores, dejaron pendientes retos importantes, puesto que en 2015 había en el mundo 836 millones de personas viviendo en pobreza extrema, 57 millones de niños en edad escolar se encontraban fuera de las aulas, la tasa de mortalidad infantil registró 43 defunciones por 1 000 nacidos vivos, la de mortalidad materna ascendió a 210 por 100 000 nacidos vivos, entre otros (35). Ante esto, los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, decidieron replantear la agenda, y se comprometieron con un nuevo proyecto mundial, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esta agenda se definió el desarrollo sostenible "como el desarrollo capaz de satisfacer las necesidades del presente sin com-

prometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades", y se destacó la necesidad de erradicar todas las formas y dimensiones de la pobreza (39).

La agenda propuesta, compuesta de 17 objetivos, refleja el interés mundial por corregir las distorsiones sociales que limitan el desarrollo de los países y son causa frecuente de afectaciones a la paz mundial; sin embargo, dar cumplimiento a lo establecido requiere de acciones focalizadas a nivel local, pues si bien la mayoría de los países, principalmente los catalogados como subdesarrollados o en desarrollo, comparten problemáticas, la intensidad tiende a variar entre ellos (el caso de los países africanos y los pertenecientes a la región de Latinoamérica y el Caribe) y al interior de ellos. No obstante, existen coincidencia en torno a la necesidad de desarrollar políticas integrales que den respuesta a los bajos niveles de educación, salud y otras necesidades sociales insatisfechas, como son la falta de desarrollo de capacidades, exclusión social, vulnerabilidad, exposición a riesgos y falta de participación de la población en el desarrollo de políticas (40,41). Además, se tendría que tomar en cuenta que la pobreza se inscribe como parte de un complejo entramado de factores e intereses políticos, económicos, históricos, sociales, culturales e institucionales (20,41) que se constituyen en elementos para la reproducción o rompimiento de los círculos de pobreza.

La pobreza es definida por Amartya Sen como "la privación de las capacidades básicas que permitirían al ser humano su desarrollo" (33); entendiendo las capacidades como habilidades para obtener ciertas condiciones de vida por ejemplo: acceso a salud, alimentación adecuada, una vida libre de discriminación, participación en espacios de toma de decisiones, desarrollo de emociones, entre otras. Desde este enfoque las capacidades no pueden generalizarse ni separarse de las características individuales y socioculturales de cada sujeto, como son el sexo, la clase social, la educación, el empleo, la pertenencia étnica y etaria, dado que estos elementos pueden generar o expresar las desigualdades sociales (33). En este enfoque el componente económico es considerado como un eje transversal que contribuye al desarrollo de dichas capacidades (33,40).

Se observa, a partir de lo aquí discutido, que existen notables avances conceptuales en torno al tema de la pobreza; no obstante, aún se discute acerca de cuáles son los indicadores más adecuados –línea de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, canasta de satisfacciones esenciales, canasta alimentaria, crecimiento del PIB, tasa de población ocupada-, y también, de manera importante, respecto a cómo incorporar las relaciones de poder y género en las

dimensiones de salud en general, y de manera particular en lo relativo a la salud sexual y reproductiva (18,20,33,40,41).

En el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), se expuso la relación entre SSySR y pobreza, y se esbozó la interacción de doble vía existente entre ambos elementos (33) . Bajo la misma tesitura, en la Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico, se mencionó que “No podrán alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva [...] (20) y, en efecto, no se logró dar cumplimiento a los ODM, pero se desconoce si ello fue debido a la falta de acciones de mayor envergadura en el ámbito de la SSySR, pues la evidencia generada al respecto es escasa (28,33,37).

Sin embargo, es posible observar la relación entre SSySR y pobreza de manera empírica en indicadores como tasa de fecundidad, embarazo no deseado, mortalidad materna, embarazo adolescente y abortos inseguros, puesto que estos reportan proporciones mayores en países en vías de desarrollo, y al interior de estos, en las mujeres con menos recursos económicos (39). La apreciación de dicha relación se maximiza con el comportamiento de esos (y otros) indicadores de salud sexual y reproductiva ante cambios en el nivel educativo, en las modificaciones de las barreras de acceso a los servicios de salud, bien sean económicas, geográficas o por limitada información sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo; éstos últimos pueden (y son) utilizados como proxy de la situación de pobreza (42).

Dado el uso frecuente de la tasa de fecundidad, la morbilidad y mortalidad materna, y el número de embarazos en adolescentes como indicadores de la condición de SSySR, y de su conexión directa con indicadores de pobreza, se incluyó un breve análisis conceptual de ellos en este documento:

Tasa de fecundidad

El análisis de la tasa de fecundidad requiere ser necesariamente acompañado del comportamiento experimentado por la tasa de mortalidad. La observación conjunta de ambos fenómenos trae consigo la denominada transición demográfica, concepto originado en la Europa del siglo XVIII, pero que aún se utiliza en la explicación de los cambios demográficos que se gestan en la actualidad (43).

En la transición demográfica acontecen dos situaciones extremas, la primera de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y la segunda de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las

respectivas tasas. Sin embargo, entre ambas situaciones ocurre que: 1) la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y 2) el crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad (43). Los espacios con altas tasas de fecundidad se caracterizan por limitada participación de las mujeres en el mercado laboral, lo que se atribuye a la casi exclusiva participación de las mujeres en el cuidado de las hijas e hijos durante el periodo de crianza, lo que impacta en los ingresos de las mujeres y del hogar, haciéndolas más vulnerables y expuestas a padecer violencia económica. En estos espacios, las mujeres enfrentan mayores riesgos de embarazos no deseados, intervalos intergenésicos cortos, abortos inseguros, morbimortalidad materna y violencia (en cualesquiera de sus manifestaciones), condiciones que contribuyen a perpetuar su situación de pobreza y que actúan como factores adversos para su salud sexual y reproductiva (28). También, las altas tasas de fecundidad impiden que los recursos familiares se distribuyan de forma eficiente en la alimentación, educación y salud de los infantes, lo que deriva en la necesidad de ejecutar programas específicos enfocados a la atención de estas necesidades (37,38,40).

Las parejas con mayor cantidad de hijos, frecuentemente ubicados en los grupos más pobres, carecen de condiciones para garantizar la educación de sus hijos e hijas, principalmente de las mayores, que son quienes usualmente dejan la escuela para apoyar en la crianza de los hermanos/as más jóvenes y en la economía familiar (40). Ecuador, como consecuencia de los cambios sociales y económicos registra un importante descenso de la mortalidad y de la fecundidad (44). Estos cambios en la dinámica demográfica, han permitido una mayor inserción de las mujeres en el mercado laboral, con un incremento dentro de la Población Económicamente Activa (PEA) de 80% entre 2001 y 2010 (45). Sin embargo, es importante señalar que la tasa de desempleo femenina superó a la de los hombres, estando el 7,4% de las mujeres en la PEA en situación de desempleo, en marzo de 2016, en comparación 4,4% de los hombres (46).

Morbilidad y mortalidad materna

La OMS afirma que el indicador más sensible ante diferencias socioeconómicas entre países y entre habitantes de un país, es la mortalidad materna (47). Se estima que 99% de las 830 defunciones diarias relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, ocurren en países en desarrollo (la RMM en los países en desarrollo en 2015 fue de 239 por 100 000 (39) nacidos vivos versus 12 por 100 000 en los desarrollados), y son las habitantes en zonas rurales y en las comunidades más pobres las más afectadas. De igual manera, las adolescentes son, en comparación con otros grupos de edad, las que enfrentan mayor riesgo de enfermar y

morir por el embarazo (39). Lo más preocupante es que las defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio son, en su mayoría, prevenibles con intervenciones costo-efectivas (48).

La mortalidad materna permite evidenciar la relación circular existente entre pobreza e indicadores de SSySR. Ello implica que no sólo son las malas condiciones socioeconómicas las que determinan una inadecuada salud sexual y reproductiva, sino que también una condición desfavorable en la SSySR condiciona una situación socioeconómica precaria. De este modo, la muerte de una mujer, especialmente en edad joven por causas fácilmente prevenibles, representa pérdidas individuales (para la mujer y su entorno) y para la sociedad en su conjunto. Además, tiene efecto intergeneracional que se expresa en mayores riesgos para las y los descendientes (42,49). Esencialmente, los hijos e hijas que sobreviven a sus madres tienen mayor propensión de morir durante el primer año de vida comparados con los no huérfanos, situación que se agrava si son niñas; con frecuencia presentan deficiencias nutricionales, menores tasas de escolaridad y mayores probabilidades de abandonar el sistema educativo, así como de unirse y procrear a edades tempranas (40).

En relación a la morbilidad presentada durante el embarazo, parto y puerperio, se reporta que por cada mujer fallecida otras 20 desarrollan secuelas permanentes, causantes de discapacidades que impiden, con frecuencia, la realización de las actividades cotidianas, favoreciendo las condiciones de pobreza y exclusión social imperante en un grupo amplio de mujeres. La fistula obstétrica y otras afecciones del piso pélvico son las principales complicaciones permanentes posparto (4,50). La presencia de estas y otras complicaciones obstétricas se vincula a malas prácticas durante la atención, frecuentes sobre todo en contextos rurales (40). La ocurrencia de gestas en intervalos cortos es otro factor que incrementa el riesgo de padecer discapacidad o muerte durante el proceso reproductivo; siendo los padecimientos más frecuentes las hemorragias, ruptura prematura de membranas y la anemia (28,40). Además, los hijos de mujeres con embarazos consecutivos, y que carecen de ingresos para invertir en su capital humano, experimentan bajo acceso a la educación y, consecuentemente, altas posibilidades de replicar el círculo de pobreza en la edad adulta (28,40,51–54).

Embarazos no intencionados y necesidad insatisfecha de planificación familiar

El embarazo no intencionado, involuntario o inoportuno, incluye al no planificado y al no deseado(55). Se estima que el 41.2% del total de embarazos ocurridos cada año (211 millones), corresponden a esta clasificación (56,57). De

estos 87 millones de embarazos no intencionados, 46 millones, es decir 53%, concluyen en abortos (55,58).

La presencia del embarazo no intencionado coexiste con programas de planificación familiar que han avanzado tímidamente en el tiempo. Se tiene que, a nivel mundial, la cobertura de métodos anticonceptivos modernos creció solo 3.4 puntos porcentuales entre 1990 y 2015; mientras que en la región de Latinoamérica y el Caribe, el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos se mantuvo en 66.7% entre 2008 y 2015 (59).

El comportamiento experimentado por los programas de planificación familiar en el mundo

Se traduce en una necesidad insatisfecha ascendente a 225 millones mujeres que, aun deseando posponer o detener su capacidad reproductiva, no utilizan algún método de anticoncepción. La desagregación por región implica que 24.2% de las mujeres de África con capacidad reproductiva, no tienen acceso a planificación familiar, 10.2% en Asia y 10.7% en Latinoamérica y el Caribe(59).

De acuerdo a la OMS la prevención de embarazos no intencionados, a través de programas de planificación familiar efectivos, contribuye a disminuir la frecuencia de abortos inseguros(59).

Embarazos en adolescentes

El embarazo en adolescente tiene importantes consecuencias para la salud física y emocional de las niñas afectadas, lo que sumado a los daños sociales que acarrea en la vida de las adolescentes, hacen que sea considerado un problema de salud pública, sobre todo en los países de menores ingresos (55).

En 2004, una investigación de Save the Children mostró que los hijos de madres en edad infantil y adolescente tienen mayor probabilidad de nacer prematuros, con bajo peso y de morir durante el primer año vida (40). También, identificaron que tienen menos posibilidades de recibir una nutrición y cuidado adecuados y de acceder a la educación. Así, se identifica a la maternidad temprana como un elemento para la perpetuación de los ciclos de pobreza, debido a que provoca deserción o interrupción escolar, con lo que se limitan las oportunidades de empleo digno, sobre todo para las mujeres, con lo que se agudiza la feminización de la pobreza e incrementa el número de hogares monoparentales, con predominancia de jefaturas femeninas (18,38,40,60) . Se agrega que, debido a la inmadurez fisiológica y la posición social subordinada, las adolescentes enfrentan mayores riesgos de mortalidad y de complicaciones

obstétricas relacionadas con el embarazo precoz, el embarazo de repetición o la práctica de un aborto inseguro (40). Esto último es atribuible a que los embarazos en adolescentes son generalmente no intencionados (no deseados o no planeados). Por otro lado, los hijos e hijas de embarazos no intencionados tienen mayores posibilidades de no recibir atención durante el periodo prenatal y enfrentan reducidas posibilidades de acceder a la educación (40).

Referencias

6. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. In El Cairo; 1994.
7. UNFPA. Making reproductive rights and sexual and reproductive health. A reality for all. UNFPA; 2008.
8. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Derechos sexuales. Una declaración de IPPF. IPPF; 2008.
9. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos. Managua; 2007.
10. Temmerman, Marleen, Khosla, Rajat, Say, Lale. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet*. 2014;384(3849941):e30-1.
11. WHO | Reproductive health. 2015.
12. UNFPA. UNFPA | Sexual & reproductive health. 2015.
13. OPS. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. *Rev Panam Salud Pública*. 1998 Sep;4(3):211-7.
14. del Llano H. La filosofía del derecho y los derechos humanos. In: Rojas, Victor, Arriola J, editor. *La filosofía del derecho hoy*. Mexico: Porrúa; 2010. p. 110.
15. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. World Health Organization; 2009. 257 p.
16. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra; 2009.
17. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005. New York; 2005.
18. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2014. Nueva York: Naciones Unidas; 2014.
19. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
20. Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud:

- género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra,; 2001.
21. UNFPA. El género como núcleo medular de la CIPD: Marco estratégico del UNFPA para la integración de la perspectiva de género y el empoderamiento de la mujer. UNFPA; 2011.
 22. UNICEF. The State of the World's Children 2007: Women and Children : the Double Dividend of Gender Equality. UNICEF; 2006. 160 p.
 23. Piug C. Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva [Internet]. Quito, Ecuador; 2008. Available from: http://www.familyca-reintl.org/UserFiles/File/ASRH and MDGs_opt.pdf
 24. United N. The world's women 2015. Trends and statistics. [Internet]. New York; 2015. Available from: http://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf
 25. Nani E. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe. Argentina; 2004.
 26. Fescina R. Reunión Regional de Puntos Focales de Salud Sexual y Reproductiva de los países de Latino América y el Caribe. Montevideo; 2009.
 27. Organización de Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing; 1995 Sep.
 28. WHO. WHO gender policy: Integrating gender perspectives in the work of WHO. WHO; 2002.
 29. WHO | Women and gender equity. 2015.
 30. Budlender D, Hewitt G. Gender budgets make more cents country studies and good practice [Internet]. London: Commonwealth Secretariat,; 2002. Available from: <http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Gender-Budgets-Make-More-Cents-Country-Studies-and-Good-Practice.pdf>
 31. Marúm-Espinosa E. Finanzas públicas con perspectiva de género en la construcción de la democracia en México. Reforma y Democr. 2013;(55):1–14.
 32. UNFPA. Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos [Internet]. UNFPA; 2005. Available from: http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/pobreza_derechos.pdf
 33. Duwury N, Oxhorn P. Understanding the Links Between Sexual and Reproductive Health Status and Poverty Reduction [Internet]. 2012. Available

from: https://www.mcgill.ca/isid/files/isid/pb_2012_18_oxhorn.pdf

34. Torres C. Equity in health as seen from an ethnic focus. *Rev Panam Salud Pública*. 2001 Sep;10(3):188–201.
35. UNFPA-México. Salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas y afrodescendientes.
36. Dupuy JR. Acceso a servicios de salud en Bolivia. Estudio previo a la implementación del Sistema Único de Salud. Bolivia; 2011.
37. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
38. UNFPA-México. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. 2005.
39. USAID. Fact Sheet on Youth Reproductive Health Policy. Poverty and youth reproductive health, Task order 1. 2009.
40. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [Internet]. New York; 2013. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
41. Rodríguez-Vargas FA, Molina-Berrio DP. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2015;14(28):10–29.
42. Wood S. Sexual and Reproductive Health for All Reducing poverty, advancing development and protecting human rights [Internet]. 2010. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uarh_report_2010.pdf
43. Hakkert R, Guzman JM, Herrmann M, Schensul D. Impacts of Population Dynamics Reproductive Health and Gender on Poverty [Internet]. 2012. Available from: <http://www.unfpa.org/es/node/6226>
44. Naciones Unidas. Obejtivos de desarrollo sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo.
45. Greene M, Merrick T. Poverty reduction: does reproductive health matter? HNP Discussion Paper [Internet]. Washington, DC; 2005. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Re->

sources/281627-1095698140167/GreenePovertyReductionFinal.pdf

46. Caceres MF de M. Justicia global, pobreza y mortalidad materna. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;28(3):260–5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2010000300007&lng=e
47. Langer A, Nigenda G, García S, Valdez R, Orozco E, Catino J. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades. In: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. BID; 2000.
48. Demografía CL y C de. *La Transición Demográfica en América Latina* [Internet]. Santiago Chile; 2000. Available from: *La Transición Demográfica en América Latina*
49. Ecuador M de C de DS de. *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*. Quito, Ecuador: CELADE-CEPAL; 2007.
50. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *La mujer ecuatoriana en números* [Internet]. 2014. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-mujer-ecuatoriana-en-numeros/>)
51. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Reporte de Economía Laboral* [Internet]. Quito, Ecuador; 2016. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2016/Marzo-2016/Informe_economia_laboral-mar16.pdf
52. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán!* World Health Organization; 2005.
53. Leontine, Alkema; Doris, Chou; Daniel H, Sanqian, Zhang; Ann-Beth M, Alison, Gemmill; Doris, Ma Fat; Ties, Boerma; Marleen T, Colin, Mathers; Lale S on behalf of, Collaborators UNMMEI-AG, Group technical advisory. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):462–74. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0140673615008387/1-s2.0-S0140673615008387-main.pdf?_tid=094c-5d0c-f496-11e6-ac7f-00000aacb35e&acdnat=1487283772_2c1f5c547b-d2cf407a376f95ef648de5
54. UNFPA, Guttmacher Institute. *ADDING IT UP. The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*. UNFPA, Guttmacher Institute; 2014.

55. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Cuando el parto es nocivo: La fístula obstétrica [Internet]. [cited 2017 Jan 1]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH_fact_sheet-Fistula.pdf
56. Lloyd C, Gage, Brandon A. High fertility and children's schooling in Ghana: sex differences in parental contributions and educational outcomes. *Popul Stud (NY)*. 1994;48(2):293–306.
57. Foster A, Roy A. The dynamics of education and fertility: Evidence from a family planning experiment. Univ Pennsylvania. 1997;
58. Schult T. Investments in the schooling and health of women and men: quantities and returns. *J Hum Resour*.
59. Piug E. Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva. 2008.
60. World Health Organization. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes [Internet]. 2016. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health/pregnancy-prevention-0>
61. Adetunji JA. Unintended childbearing in developing countries: levels, trends, and determinants. DHS Anal Reports # 8 [Internet]. 1998; Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AR8/AR8.pdf>
62. Organización Mundial de la Salud. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo. In: Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! [Internet]. Ginebra, Suiza; 2005. Available from: http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf?ua=1
63. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: Women society and abortion worldwide [Internet]. New York; 1999. Available from: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/sharing.pdf>
64. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
65. United Nations. The millennium development goals report 2015 [Internet]. New York; 2015. Available from: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/UNDP_MDG_Report_2015.pdf

Capítulo I.

Relación entre pobreza y salud sexual y reproductiva en Ecuador

René Leyva Flores
Juan Pablo Gutiérrez
María Beatriz Duarte
Irma Romero Pérez
Niséforo Garnelo Bibiano
Belkis Aracena Genao

Elementos a destacar

- Políticas públicas de SSySR basadas en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos han mostrado mayor efectividad que las que se sustentan en un enfoque de promoción de valores familiares.
- Las acciones dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes deben ser enfocadas en el fortalecimiento de las capacidades para desarrollar proyectos de vida y en el fortalecimiento de las habilidades para la toma de decisiones de las mujeres en estas edades, procurando que cuenten con las herramientas para afrontar la vida y sus desafíos.
- Las políticas focalizadas en la reducción de barreras de acceso sociocultural y económico a servicios de SSySR son efectivas y constituyen una expresión de política pública basada en el reconocimiento de derechos.
- Políticas de SSySR articuladas con otros sectores sociales y económicos (intersectorialidad) incrementan la cobertura y efectividad de las acciones públicas. La articulación programática con el sector educativo, laboral, jurídico-legal y social permite dar respuesta de forma diferenciada a los diferentes grupos socioculturales que conviven en Ecuador.
- Políticas de SSySR enfocadas en reducir el estigma, eliminar la criminalización y asegurar el acceso a la atención oportuna y de calidad, para satisfacer las necesidades de SSySR (sobre todo la provisión de servicios de prevención y atención del embarazo adolescente, complicaciones obstétricas, principalmente las relacionadas con aborto) contribuyen a modificar en el corto plazo la frecuencia y distribución de los problemas de SSySR asociados a la condición socioeconómica de la población.

- En Ecuador se han presentado avances relevantes, tanto en términos de acceso como de resultados, para indicadores de SSySR. No obstante, persisten las brechas asociadas con la pobreza, que se reflejan en menor acceso y resultados desfavorables para las poblaciones con mayores niveles de pobreza.
- La mortalidad materna se mantiene como un reto para el país. La situación de este indicador de SSySR reporta logros tímidos, tanto a nivel promedio como en términos de su distribución en la población, afectando mayormente a la población en condiciones de pobreza.
- La tasa de fecundidad en adolescentes se redujo de forma significativa a nivel nacional, y esta reducción fue mayor en las provincias con mayor concentración de pobreza.
- Los nacimientos atendidos en casa se redujeron a nivel nacional, sin embargo, la brecha según características socioeconómicas de las provincias persiste. Las provincias con mayor proporción de población en pobreza presentan mayor frecuencia de atención del parto en casa.
- Las complicaciones obstétricas, su frecuencia y tipo posiblemente dependan de las condiciones sociodemográficas de las mujeres afectadas; sin embargo, los desenlaces y secuelas podrían estar más relacionadas con la oportunidad para acceder a servicios de salud de calidad. En 2015, las complicaciones fueron más frecuentes en provincias con menor concentración de pobreza, representando un cambio con relación a 2009. Esta situación posiblemente esté relacionada con que las provincias que concentran los hospitales con mayor capacidad resolutive reciban casos referidos de otras provincias para su atención.
- Los nacimientos por cesáreas representan una importante ventana de oportunidad en el país. Este indicador reporta incrementos en el tiempo, además de reflejar diferencias entre quintiles, siendo, a diferencia del resto de los indicadores, las provincias con menor concentración de pobreza que reportan mayor frecuencia de resolución del parto por la vía de la cesárea.

Introducción

El estudio de la relación entre la salud en general, y de manera particular la sexual y reproductiva, y pobreza se ha incrementado en los últimos años. La mayoría de los trabajos que han explorado el vínculo entre indicadores de salud sexual y reproductiva y aquellos usados para medir las condiciones socioeconómicas de la gente han encontrado que, en general, los programas de pobreza y salud se encuentran orientados a la modificación de factores ambientales, con énfasis en el ambiente directo de las personas, en tanto que otros se enfocan al manejo de los daños a la salud provocados por la pobreza (1–5).

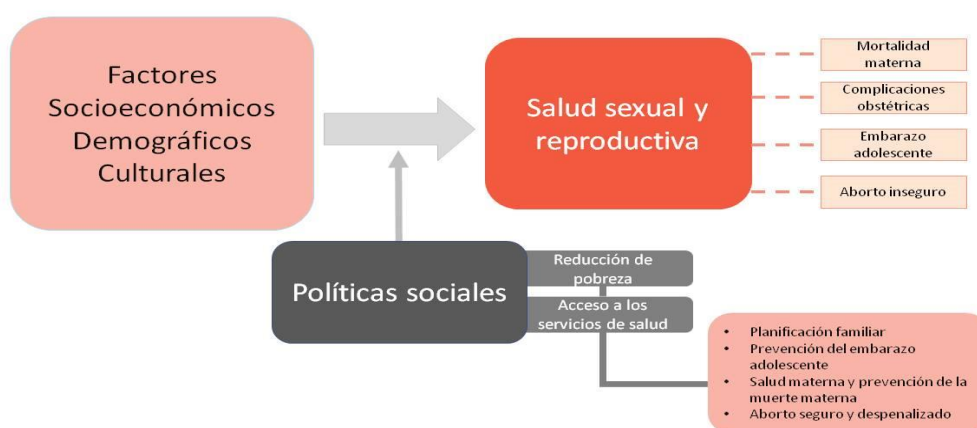
Se entiende que la pobreza extrema en que vive el 14% de la población del mundo (6) es un elemento de carácter estructural que forma parte de la organización y funcionamiento de la sociedad, que tiene importantes repercusiones en las condiciones de salud de la gente, que se manifiestan a través de diversos indicadores con expresiones diferenciales tanto en términos de la exposición a riesgos como de los daños causados, y de manera muy importante en términos de la respuesta otorgada por la sociedad, de tal suerte que el acceso a servicios para la atención de los problemas de salud, con énfasis en los sexuales y reproductivos, está condicionado por elementos distintos a las necesidades mismas de salud, resaltando dentro de estos factores los socioeconómicos, culturales y demográficos, entre otros (1,3,7,8).

Con el propósito de entender de mejor manera estos factores y de generar evidencia en torno a su importancia relativa en la situación de salud de las poblaciones, la Organización Mundial de la Salud, conformó un equipo que denominó Comisión de los Determinantes Sociales en Salud, y en cuyo informe (9) incluyó un marco conceptual, que aunque general, es aplicable al análisis de la relación entre pobreza y SSySR. A partir de este marco se observa una relación de doble vía, en la que la pobreza actúa como condicionante de la SSySR, y ésta a su vez se comporta como generador de condiciones de pobreza (9,10). Otros elementos considerados en el modelo, como la pertenencia a un determinado grupo, bien sea por razones étnicas, género, ingreso económico, entre otras, constituyen elementos que modulan la relación entre SSySR y pobreza, pero además operan como determinantes de la misma (11).

Por esta razón, las políticas públicas buscan mejorar las condiciones de vida de las personas (vivienda, trabajo, medio ambiente, recreación, etc.) con el objetivo principal de reducir la pobreza, pero sobre todo la desigualdad (9,10), como un medio para alcanzar el bienestar social, para el que la salud es una condición sine qua non (Figura 1).

En lo que respecta a la SSySR, ciertos indicadores son considerados como máximas expresiones de bienestar social. Los más frecuentemente utilizados son la magnitud y distribución de la mortalidad materna, del embarazo en adolescentes, de las complicaciones obstétricas y del aborto, problemas que se reconocen evitables y sensibles a la acción de políticas públicas. Por ejemplo, desde la perspectiva sociodemográfica, se han considerado las estrategias de planificación familiar como uno de los medios efectivos para reducir, de forma sustantiva, los daños en SSySR mencionados.

Figura 1. Condiciones de vida, políticas sociales y efectos en SSySR



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura publicada.

Por otro lado, se observa que países como Uruguay, Chile y Costa Rica, que reportan indicadores de bienestar social alto muestran las menores razones de mortalidad materna; mientras que Guatemala, República Dominicana y Paraguay, con bienestar social bajo, presentan las razones de mortalidad materna más elevadas de la región de Latinoamérica (12).

En el caso de Ecuador, se observan condiciones socioeconómicas característica de un estrato intermedio, y su razón de mortalidad materna, por citar un indicador de SSySR, asemeja a la de otros países latinoamericanos ubicados en igual estrato (12,13).

El gobierno de Ecuador ha identificado los problemas de SSySR (morbilidad y mortalidad materna, embarazo adolescente, aborto, etc.) como un asunto de interés público, por lo que ha diseñado políticas públicas e implementado estrategias orientadas a modificar las condiciones de vida material, sociocultural y de acceso a servicios de salud, en el entendido que estos factores podrían condicionar y modificar la exposición, manejo de los riesgos y las consecuencias en la salud de la población (14).

El presente análisis se inscribe como parte de los procesos que buscan generar evidencia para comprender la relación entre las políticas sociales orientadas a la reducción de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de SSySR de la población ecuatoriana. Para ello, se realizaron las siguientes actividades:

Análisis de las políticas públicas de SSySR implementadas en Ecuador como parte del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 (Plan Nacional de Desarrollo), frente a las políticas implementadas en otros países de América Latina.

Análisis de la relación entre las condiciones de pobreza y de SSySR en Ecuador, en el periodo 2008-2015.

Métodos.

Para el análisis de la relación entre pobreza y SSySR se realizó una revisión de contenido de la bibliografía científica internacional en la que se reportaran planes y programas enfocados en la reducción de la pobreza y en el mejoramiento de las condiciones de salud sexual y reproductiva, a nivel mundial. Posteriormente, la búsqueda se particularizó al contexto latinoamericano, con el propósito de explorar similitudes y diferencias en las políticas públicas implementadas en un grupo de países de la región, incluido Ecuador. Se buscó identificar necesidades y acciones ejecutadas en pro de modificar los indicadores de SSySR vigentes.

Además, con el fin de analizar la relación entre las condiciones de pobreza y la SSySR en Ecuador, se realizó un análisis de tendencia y de desigualdades para un grupo de indicadores seleccionados, en el periodo 2008-2015. El detalle del abordaje metodológico seguido se presenta a continuación.

Análisis bibliográfico sobre la relación entre pobreza y SSySR

En un primer nivel (global) se identificaron los lineamientos internacionales sobre reducción de la pobreza y de la atención a la SSySR. Posteriormente, se revisaron planes de desarrollo, políticas públicas, estrategias y planes de acción regionales, en específico de un grupo de países seleccionados de América Latina, dentro de los que obviamente se encuentra Ecuador.

A nivel global se realizó una búsqueda de literatura científica sobre políticas públicas, planes o estrategias en pobreza y SSySR implementadas a nivel mundial. La búsqueda se realizó a través de LILACS, Google Scholar y en páginas WEB de organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud-OMS; Organización Panamericana de la Salud-OPS; Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA-, y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe

-CEPAL). Se utilizaron como palabras clave los términos que mejor describen los indicadores de SSySR y pobreza de acuerdo a los descriptores de ciencias de la salud DeCS. Así, se introdujeron en las bases de los buscadores mencionados las palabras: Salud sexual y reproductiva, Políticas Públicas de Salud, Complicaciones del Embarazo, Embarazo en la Adolescencia, Anticoncepción, Planificación Familiar y Aborto inseguro y pobreza. La búsqueda incluyó el periodo 2008-2015, en idioma español, portugués e inglés. Además, que proveyeran acceso al documento completo.

Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 90 documentos –artículos y monografías- y 20 documentos de organismos internacionales. En el Cuadro 1 se muestra una síntesis temática de los documentos analizados:

Cuadro 1. Síntesis de los documentos analizados

FUENTES	TEMÁTICAS	TOTALES
LILACS Y GOOGLE SCHOLAR	Referencia a políticas públicas en SSySR y/o reducción de la pobreza	39
	Planificación familiar	12
	Mortalidad materna y/o salud materna	14
	Embarazo adolescente	18
	Aborto inseguro	7
	Subtotal	90
ORGANISMOS INTERNACIONALES: UNFPA, OMS, THE WORLD BANK Y NACIONES UNIDAS	Relación entre la SSySR –planificación familiar, mortalidad materna, embarazo adolescente, aborto- y la reducción de la pobreza	9
	Valoración de los logros y retrocesos en la reducción de la pobreza y la mortalidad materna	7
	Relación entre la pobreza y el embarazo adolescente	4
	Subtotal	20
Total		110

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de la revisión de la literatura publicada.

Los 110 textos identificados corresponden a revisiones sistemáticas, análisis globales o regionales sobre SSySR y reducción de la pobreza, y estudios específicos en países latinoamericanos. Posterior a una primera revisión, el análisis focalizó en documentos (n=48) que generaron evidencia sobre intervenciones y propuestas políticas, económicas, sociales y de salud relacionadas con la reducción de la pobreza y la SSySR (mortalidad materna, embarazo adolescente, aborto inseguro y planificación familiar). Anexo 1.

A nivel regional, América Latina, se analizó en específico información sobre pobreza y mortalidad materna, por ser este el indicador por excelencia para valorar los efectos de la pobreza sobre la salud. De primera instancia, se estratificaron los países de acuerdo a su condición de pobreza, y se utilizó como estratificador el porcentaje de población que vivía, en 2012, con menos de 1.25 dólares americanos al día, acorde con la metodología de poder de paridad de compra (PPP, por sus siglas en inglés, purchasing power parities) (15) y un indicador reconocido como trazador de la situación de SSySR a nivel internacional, la razón de mortalidad materna (16), también para 2012.

De esta forma, se identificaron algunos países que representan de forma clara esta relación, algunos de ellos se ubican en la Región Andina (Cuadro 2). La estratificación se realizó a partir de la distribución estadística de los datos para 2012, y se establecieron cuatro estratos, que muestran gradientes diferenciados en la situación de pobreza y en la RMM. De acuerdo a ello, se decidió incluir en el análisis a Uruguay, Chile, Perú, México, Bolivia y Ecuador que dé inicio mostraban una posible relación entre pobreza y SSySR, observada a través de la razón de mortalidad materna.

Cuadro 2. Pobreza y razón de mortalidad materna en países seleccionados de América Latina

Porcentaje de la población en pobreza extrema (menos del 1.25 US\$ al día)	Razón de mortalidad materna			
	Baja (16 a 37 casos por 100 000 nacidos vivos)	Media (38 a 61 casos por 100 000 nacidos vivos)	Alta (62 a 84 casos por 100 000 nacidos vivos)	Muy Alta (85 a 200 casos por 100 000 nacidos vivos)
Bajo (0.31 a 2.24%)	Uruguay Chile Costa Rica Argentina			
Medio (2.25 a 3.25%)		El Salvador		República Dominicana Perú Paraguay
Alto (3.26 a 5.62%)		México Ecuador	Brasil Panamá	
Muy Alta (> 5.63%)		Nicaragua	Colombia Honduras	Bolivia Guatemala

Fuente: CEPAL. América y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (13).

La información utilizada en el análisis regional de políticas públicas para la reducción de la pobreza e indicadores de SSySR, procede de 48 documentos de estos países (Anexo 2) que incluyen: planes nacionales de desarrollo, estrategias y programas para reducción de la pobreza, programas nacionales de salud, programas y estrategias específicos de SSySR (planificación familiar, salud materna, prevención de la mortalidad materna y del embarazo en adolescentes) y leyes o proyectos de ley sobre SSySR, y códigos penales relacionados con la legislación sobre el aborto.

Para tener acceso a estos documentos se llevó a cabo el siguiente procedimiento de búsqueda en tres fuentes de información:

Investigación en las páginas WEB oficiales de los gobiernos de los países incluidos: Planes, políticas, programas y estrategias enfocados en SSySR y reducción de la pobreza, para lo cual se realizó lo siguiente:

Exploración inicial en los portales de internet de las Secretarías y Ministerios de Salud para identificar la estructura orgánica y los documentos de interés.

Revisión de sitios Web de las Secretarías o Ministerios que tienen estrecha relación con la atención integral de la SSySR como son: Planificación y Desarrollo, Desarrollo Social, Educación, Inclusión Económica, entre otros.

Indagación de la existencia de organismos gubernamentales que atiendan directa o indirectamente la SSySR.

A partir de la revisión de los Programas Nacionales de Desarrollo u otros documentos claves de la política pública del país encontrados en la Web, se identificaron programas operativos. El análisis de su contenido permitió identificar otros documentos no citados en la Web.

Como último recurso, se consideró una búsqueda abierta en la Web sobre las políticas públicas sobre SSySR y reducción de la pobreza, para lo cual se seleccionó el buscador Google y se introdujeron distintas palabras, que detonaron la búsqueda, por ejemplo:

Políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en (Nación de interés).

Programas sobre salud sexual y reproductiva en (Nación de interés).

Estrategias sobre salud sexual y reproductiva en (Nación de interés).

Políticas públicas sobre embarazo adolescente en (Nación de interés).

Programas sobre embarazo adolescente en (Nación de interés).

Estrategias sobre embarazo adolescente en (Nación de interés).

Políticas públicas sobre planificación familiar en (Nación de interés).

Programas sobre planificación familiar en (Nación de interés).

Estrategia sobre planificación familiar en (Nación de interés).

Políticas públicas sobre mortalidad materna en (Nación de interés).

Programas sobre mortalidad materna en (Nación de interés).

Estrategias sobre mortalidad materna en (Nación de interés).

Políticas públicas sobre aborto seguro en (Nación de interés).

Programas sobre aborto seguro en (Nación de interés).

Estrategias sobre aborto seguro en (Nación de interés).

Políticas públicas para la reducción de la pobreza en (Nación de interés).

Programas para la reducción de la pobreza en (Nación de interés).

Estrategias para la reducción de la pobreza en (Nación de interés).

Análisis de contenido de la bibliografía científica internacional

El análisis de la bibliografía científica internacional se realizó a través de un proceso de codificación abierta y manual, a partir del cual se generaron las siguientes categorías:

Aspectos teórico-conceptuales sobre pobreza, sexualidad y SSySR

Ejes de la política internacional sobre SSySR y la reducción de la pobreza

Acuerdos internacionales de referencia para el diseño de políticas públicas nacionales

Enfoque de la política pública: género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, desigualdades sociales y dinámica de la población

Focalización de grupos vulnerables: mujeres, adolescentes y jóvenes, gru-

pos étnicos y personas en situación de pobreza

Temas e intervenciones focales sobre SSySR y reducción de la pobreza: educación, trabajo, protección jurídico-legal, acceso a la salud según el curso de la vida, empoderamiento de las mujeres, prevención y atención de la violencia, crecimiento económico y asignación de presupuesto público con una orientación de género.

Vinculación de la SSySR y la reducción de la pobreza

La relación de las instituciones gubernamentales y la sociedad civil en el desarrollo de políticas públicas

Aciertos y desafíos en la implementación de políticas públicas en SSySR y reducción de la pobreza

Temas sustantivos: intervenciones y propuestas relacionadas con la pobreza y la atención de la SSySR:

Planificación familiar

Embarazo adolescente

Muerte materna

Aborto

Los códigos generados fueron integrados en una matriz de análisis organizada de acuerdo con los temas sustantivos del proyecto: planificación familiar, prevención del embarazo adolescente, morbilidad y mortalidad materna y aborto seguro e inseguro, destacando la problemática, la relación con la pobreza, los tipos de acciones y las propuestas o recomendaciones de acción (Anexo 7).

Revisión de contenido de planes y programas de reducción de pobreza y SSySR en Ecuador y países seleccionados

Para la revisión de políticas, programas, planes o estrategias se realizó un procedimiento multietápico. En primer lugar, se identificó la relación entre políticas, planes y programas de desarrollo o de reducción de la pobreza con indicadores de SSySR (Cuadro 3).

Cuadro 3. Tipo de documentos de política pública incluidos en el análisis

POLÍTICAS, PROGRAMAS O ESTRATEGIAS GENERALES	POLÍTICAS, PROGRAMAS O ESTRATEGIAS EN SSySR
<ul style="list-style-type: none"> -Planes Nacionales de Desarrollo -Políticas, programas y estrategias para la reducción de la pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> -Salud y SSySR -Planificación Familiar -Prevención y atención del embarazo adolescente -Salud materna y prevención de la muerte materna - Aborto

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura publicada.

En una segunda etapa se revisó comparativamente los países para identificar convergencias o divergencias entre los objetivos, estrategias y acciones en las áreas de planificación familiar, prevención del embarazo adolescente, morbilidad y mortalidad materna y aborto seguro e inseguro (Cuadro 4). Los resultados de este análisis fueron el marco de referencia para llevar a cabo una comparación con Ecuador, (tercera etapa).

Cuadro 4. Temas sustantivos y categorías de análisis para la comparación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y para la SSySR

Temas sustantivos del proyecto	Categorías de análisis para la comparación
<p>Reducción de la Pobreza</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acciones para la reducción de la pobreza: apoyos para alimentación, asignaciones monetarias y proyectos laborales - Acciones de acceso a los servicios de salud y SSySR: acceso a los servicios de salud y SSySR, calidad de la atención, adecuación intercultural. -Acciones relacionadas con la educación: acceso universal a la educación básica, permanencia en el sistema educativo, adecuación intercultural, calidad de la educación

<p>Planificación Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acciones en la comunidad -Asesoría -Acceso a métodos anticonceptivos -Participación de los hombres en los programas de planificación familiar -Reducción de la demanda insatisfecha de anticonceptivos -Cobertura de los servicios de planificación familiar -Abasto de métodos anticonceptivos -Investigación -Seguimiento y evaluación
<p>Prevención y atención del embarazo adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acciones familiares y comunitarias para la prevención del embarazo adolescente -Acceso a educación y empleo -Acceso a Educación Sexual Integral -Acceso a servicios de salud y SSySR -Prevención y atención de violencia sexual -Acceso a servicios de planificación familiar -Acceso a servicios de salud materna -Prevención del embarazo de repetición -Investigación -Vigilancia, seguimiento y evaluación
<p>Salud materna y prevención de la muerte materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acceso a los servicios de salud -Atención pregestacional -Atención prenatal -Atención de emergencias obstétricas -Atención intercultural/humanizada -Planificación familiar pos evento obstétrico -Calidad de la atención materna -Acciones comunitarias y familiares -Vigilancia, seguimiento y evaluación -Investigación

<p>Interrupción legal del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sistemas de regulación sobre el aborto -Despenalización y proyectos de despenalización del aborto: procedimientos, esquemas legales, causales y sanciones -Complicaciones posaborto (morbilidad y mortalidad materna) -Atención del aborto seguro -Planificación familiar posaborto -Sistema de vigilancia e investigación
---	--

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura científica.

1. Análisis de datos cuantitativos relacionados con la pobreza y la SSySR

Las políticas públicas tienen el propósito de contribuir a la mejoría de las condiciones de vida de las personas; sin embargo, su alcance, en términos de objetivos y metas, se encuentra delimitado por diversos factores que requieren ser monitoreados para conocer su peso o influencia en los resultados alcanzados. Esto implica contar con procedimientos de monitoreo que permitan la medición sistemática de las condiciones en las que operan las políticas públicas para comprender los cambios observados y corregir, en caso necesario, el curso de acción de las mismas.

El diseño de una política pública se justifica en tanto contribuya a corregir las diferencias observadas entre grupos poblacionales, relacionadas, en el caso que nos ocupa, con indicadores de salud; diferencias que son consideradas como injustas y evitables. A manera de ejemplo se pueden señalar: las formas inequitativas en la provisión de los servicios, la distribución desigual de los riesgos y daños a la salud, las que pueden vincularse a desventajas sociales, tales como deficiente ingreso o bajo nivel educativo, entre otras.

El abordaje metodológico que se presenta en esta sección se refiere a la medición de las desigualdades en salud -definidas como diferencias observables entre grupos de una misma población- y corresponde a una forma de aproximarse al estudio de las inequidades sociales en salud. Este planteamiento se desarrolla a partir de la propuesta metodológica planteada por la Organización Mundial de la Salud, el cual es consistente con el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

Fuentes y análisis de la información.

En primera instancia se estimaron las brechas absolutas (la magnitud de la diferencia en salud entre subgrupos) y relativas (diferencia proporcional en indicadores de salud entre subgrupos), para un conjunto de indicadores de SSySR que fueron analizados a partir de diferentes estratificadores socioeconómicos.

La métrica de desigualdades expresada en brechas tiene la ventaja de ser intuitivamente clara, mostrando el diferencial entre grupos de población, que puede ser categorizada a partir de condiciones socioeconómicas como criterio u otros aspectos como sexo (como aproximación a género), pertenencia a grupos indígenas, lugar de residencia, etc. El principal reto de este abordaje es que, al basarse en la contrastación de grupos en los extremos, no considera la información proveniente de la totalidad de la población. Para atender esta limitación, se estimó el Índice de Desigualdad de la Pendiente, que si bien presenta la distancia entre las observaciones extremas de la distribución del resultado de interés para el estratificador utilizado (a diferencia del promedio en los grupos extremos que se analiza en las brechas), su estimación considera la información de la distribución completa.

Este análisis permitió identificar las heterogeneidades en los indicadores de SSySR entre las provincias de Ecuador con mayor porcentaje de población en pobreza y las de menor porcentaje de población en pobreza; de acuerdo a los siguientes estratificadores: porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional, porcentaje de población que presentaba pobreza por necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de población con pobreza por ingresos y porcentaje de población que concluyó la educación básica.

Este abordaje, al analizar el comportamiento de los indicadores en el tiempo, permitió identificar posibles cambios en las brechas absolutas y relativas, ya fuese que se redujeran o ampliaran. Ciertamente los estratificadores planteados se restringen a analizar aquellos que identifican condiciones de pobreza, lo cual se debe a que el objetivo analítico es la relación entre pobreza y SSySR.

El análisis se realizó a nivel provincial debido a que la información socioeconómica solo se encuentra disponible a este nivel de desagregación; en ese sentido, una limitación del abordaje es que no se analizan las heterogeneidades al interior de las provincias, que pueden ser tan relevantes, o más, que las que se observan entre provincias. Para ello se utilizaron diferentes fuentes de información oficial del Gobierno de Ecuador, procesada en forma de base de datos o como tabulados nacionales a nivel provincial para diferentes años.

Las bases utilizadas proceden del Instituto Nacional de Estadística y Cen-

tos (INEC), la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

Se tuvo acceso vía internet, a las siguientes bases de datos:

Anuarios estadísticos de nacimientos y defunciones publicados por el INEC para el periodo 2008-2015

Tabulados sobre salud sexual y reproductiva procedentes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)

Bases de datos de nacidos vivos, de egresos hospitalarios, y de defunciones generales para el periodo 2008-2015

Tabulados sobre pobreza por necesidades básicas insatisfechas, pobreza por ingresos y educación básica (entendida como 7 años de primaria y 3 de secundaria), procesados a partir de la Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo (ENEMDU) para el periodo 2008- 2015.

De la base de datos de egresos hospitalarios, se obtuvo información sobre las mujeres que recibieron atención en salud relacionada con eventos ginecológicos y obstétricos, identificados a través de los códigos CIE-10 (Códigos: 000-099 de la variable llamada Motivo de egreso hospitalario). Del mismo modo se procedió con la base sobre defunciones generales, en la que se seleccionaron los códigos CIE-10 O00 al O99 de la variable "causa del fallecimiento", excluyendo los códigos O96 y O97 (muertes maternas tardías). Esto último con el fin de adherirnos al procedimiento efectuado por Ecuador para la identificación de las muertes maternas. La base de datos de nacimientos se empleó para caracterizar la fecundidad. Los datos obtenidos a partir de los anuarios estadísticos y del informe de ENSANUT complementaron el análisis, permitiendo una mejor caracterización de los eventos gineco-obstétricos y del acceso a servicios de salud.

En el caso de los indicadores socioeconómicos para el periodo 2008 al 2015, la ENEMDUR (denominada así porque tiene representatividad urbano-rural) capturaba y agrupaba la información de las provincias de la Amazonía a nivel de región Amazonía como un solo dominio; por esta razón, se llevó a cabo el mismo procedimiento con los indicadores de salud, a fin de analizar los datos de la misma manera. Para garantizar la comparabilidad año a año de la encuesta se utilizó la medición del mes de diciembre.

Se realizó un análisis de tendencia de los indicadores de SSySR de interés a fin de identificar su distribución y cambios en el tiempo según estratos socioeconómicos, por quintiles de ingreso. Estos indicadores se agruparon en las siguientes categorías:

Utilización de servicios de salud

Acceso a métodos de anticoncepción

Consultas prenatales

Cesáreas

Riesgos en salud

Embarazo adolescente

Partos atendidos en casa

Daños en salud

Muerte materna

Complicaciones obstétricas

Nacidos con bajo peso

Complicaciones de abortos

Indicadores para el análisis de desigualdades.

Se generaron indicadores por provincia y año para las categorías de utilización de servicios, riesgos y daños en SSySR. Se utilizaron estratificadores socioeconómicos (mencionados previamente) para ordenar a las provincias de mayor a menor vulnerabilidad (mayor a menor porcentaje de población en pobreza de acuerdo a los indicadores planteados). La intención de incluir más de un estratificador socioeconómico es la posibilidad de arribar a conclusiones más robustas.

Los indicadores de desigualdades se estimaron para los años 2008 – 2015, para lo que se ordenaron las provincias en quintiles según las variables socioeconómicas para cada momento. Para cada quintil, se calculó el promedio ponderado por población de los indicadores de SSySR y de los estratificadores socioeconómicos. Con estos promedios ponderados se calcularon las diferencias absolutas y relativas entre los quintiles y se graficaron para su presentación.

La información por provincia también se utilizó en un modelo de regresión, considerando el tamaño de las poblaciones, para estimar el índice de desigualdad de la pendiente, con el que se buscó identificar las diferencias, en acceso o resultados, de pertenecer al grupo en situación de mayor ventaja en contraste con pertenecer al de mayor desventaja social.

Para este análisis se consideraron como estratificadores socioeconómicos el porcentaje de población que presentaba pobreza multidimensional, pobreza por necesidades básicas insatisfechas, el porcentaje de población con pobreza por ingresos y el porcentaje de población que concluyó la educación básica (definida como aquellos que cursaron siete años de primaria y tres de secundaria). También se estimaron las desigualdades para cada año entre 2008 y 2015, con el propósito de identificar los posibles cambios en el tiempo.

Resultados.

Pobreza y salud sexual y reproductiva: revisión de la literatura.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la revisión de la literatura científica sobre la relación entre políticas de reducción de la pobreza y políticas para el mejoramiento de la situación de SSySR, en específico las enfocadas en planificación familiar, prevención del embarazo adolescente, prevención de la morbilidad y muerte materna y del aborto.

Planificación familiar

Como se expresara en la sección metodológica de este capítulo, el análisis se realizó a nivel global (mundial) y regional (América Latina).

En lo que respecta al nivel global, la revisión de la documentación da cuenta de que en 2014, 222 millones de niñas y mujeres que no deseaban quedar embarazadas o que querían retrasar su próximo embarazo, no utilizaron algún método anticonceptivo (17). Dentro de los motivos principales de la falta de acceso a estos servicios se encuentran: el costo de los métodos, la disponibilidad, la desinformación y el desconocimiento sobre el riesgo de embarazo tras el parto, principalmente durante el periodo de lactancia (18,19). Adicionalmente, a nivel regional, en países latinoamericanos, prevalecen condiciones de violencia de género y sexual, barreras sociales, religiosas, políticas y culturales que limitan el libre ejercicio de la sexualidad y la toma de decisiones en torno a la reproducción, sobre todo en los grupos de mayor pobreza, con bajo nivel

educativo, pertenecientes a grupos étnicos y habitantes en zonas rurales (18,19).

Destacan los documentos revisados que los programas de planificación familiar representan una estrategia fundamental para el desarrollo de las naciones, debido a que contribuyen a reducir embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, abortos inseguros, muertes maternas, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, entre otros (18).

La evidencia encontrada muestra además, que la disminución sostenida de la fecundidad contribuye a incrementar la cobertura en educación y la participación de las mujeres en el mercado laboral, lo que podría contribuir al empoderamiento femenino y a facilitar su capacidad para la toma de decisiones, incluidos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción (4).

En el ámbito de la planificación familiar, se encuentra el tema de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) (20–22), cuyo acceso y utilización ha sido limitado, incluso penalizado o prohibido en distintos contextos sociales (20,21). En Perú, por ejemplo, la AOE no había sido implementada plenamente en los servicios de salud del sector público debido a las acciones de grupos opositores que le consideran como método abortivo, por lo que sólo las mujeres con capacidad de compra tenían acceso a este tipo de método (21). Como consecuencia de diversas acciones ejecutadas por la sociedad civil, se emitió un fallo legal, en respuesta a un amparo presentado por una ciudadana, en el año 2016, con el que el Poder Judicial del Perú ordenó al Ministerio de Salud a universalizar la distribución del anticonceptivo oral de emergencia de forma gratuita (23).

En México, desde 2005, la anticoncepción oral de emergencia, en respuesta a las presiones de organizaciones de la sociedad civil, se incluyó como parte de los medicamentos del sistema público de salud (22). Además, la anticoncepción de emergencia se ofrece como parte del protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres” establece que a las víctimas de violación sexual se les debe ofrecer de forma oportuna anticoncepción de emergencia así como información precisa para que puedan tomar decisiones libres e informadas (24).

Otras deficiencias observadas en la implementación de programas de planificación familiar, se relacionan con elementos de género. Los servicios de salud focalizan sus acciones en las mujeres y los hombres sólo actúan, en los casos que participan, como acompañantes de sus parejas (19). Respecto al conocimiento de los hombres sobre la planificación familiar, se observó en Perú, que los hombres jóvenes y de áreas urbanas cuentan con más información y acceso

de los métodos anticonceptivos que los habitantes en zonas rurales, donde los métodos tradicionales tienen mayor aceptación (119).

En el Cuadro 5, se presentan de manera resumida las estrategias e intervenciones recomendadas en la literatura revisada.

Cuadro 5. Intervenciones señalados en la literatura científica sobre planificación familiar

Estراتيجias	Intervenciones
Acceso a programas: asesoría y métodos anticonceptivos	<p>-Promover y facilitar el acceso a los programas de planificación familiar en grupos vulnerables (4, 8, 20, 21, 25).</p> <p>-Incrementar y ampliar la variedad de métodos anticonceptivos, e incluir la anticoncepción de emergencia que se observa como un método eficaz para prevenir el embarazo no deseado, algunos relacionados con violencia sexual (3, 8, 18–22).</p> <p>-Promover la maternidad y paternidad responsables como un derecho fundamental (18, 26).</p>
Participación de los hombres	-Fomentar la participación de los hombres en los programas y servicios de anticoncepción, tomando en consideración las representaciones sociales que vinculan la masculinidad con la paternidad (19) ..
Acciones en la comunidad	-Promover el acceso a la educación y fomentar la equidad de género (19) ..

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-AM, a partir de la revisión de la literatura científica.

Prevención y atención del embarazo adolescente.

En América Latina y el Caribe el grupo de 10 a 24 años representa el 30% del total de la población, de los que 20% tienen menos de 20 años de edad (27). Las mujeres de este último grupo, de acuerdo a la bibliografía revisada, registran un incremento en su tasa de fecundidad (28); ello a pesar de que en los últimos años se redujo la aceptación social del embarazo en adolescentes; por ejemplo, en Perú pasó de 52.6% a 31.7% la proporción de adolescentes que optan por el embarazo como plan de vida, lo que se atribuye a transformaciones en las expectativas sociales y de vida de las adolescentes en la actualidad (29).

El embarazo adolescente es considerado un reflejo de la inequidad y vulnerabilidad de este grupo, que se entrelaza con valores, estereotipos y representaciones que ocultan a adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho para ejercer su sexualidad (30–32). La literatura considera que los adolescentes de los

sectores pobres presentan mayor exposición a la maternidad adolescente, así como mayor riesgo de abandonar los estudios de forma temprana y de insertarse al mercado laboral de forma precaria. Lo anterior se relaciona con la transmisión intergeneracional de la pobreza, desnutrición infantil, aborto inseguro y con altas tasas de mortalidad materna e infantil (29,32,33). En contraste los sectores medios y altos tienen un inicio sexual y reproductivo relativamente tardío y reportan tasas más bajas de fecundidad (27). En stricto sensu, el embarazo adolescente se vincula con factores sociodemográficos de desventaja social, inestabilidad familiar y bajo nivel educativo; de forma secundaria también se relaciona con comportamientos considerados de riesgo sexual y de consumo de drogas, bajo uso de métodos anticonceptivos, inicio temprano de la vida sexual, varias parejas sexuales y con la escasa accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de SSySR (34).

Un aspecto de mayor complejidad corresponde al embarazo adolescente subsecuente (35). En un estudio desarrollado en Brasil en 2009, se caracterizó a las mujeres en mayor riesgo de repetir un embarazo en la adolescencia, y se encontró que las que no asisten a la escuela (82%), tienen una pareja estable (62%), no utilizan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (54%) y con escaso acceso a servicios de planificación familiar (88%), son más propensas a re-experimentar un embarazo a destiempo (35). Este estudio también reporta el rol que juega el embarazo como medio para lograr la movilidad, independencia y reconocimiento social, lo que se vincula con los condicionantes de género que limitan el control y la capacidad de toma de decisiones de las mujeres, además está estrechamente relacionado con la falta de un proyecto de vida y de oportunidades para el desarrollo social (35).

En lo que respecta a las políticas públicas relacionadas con la prevención del embarazo en adolescentes en el contexto latinoamericano, destaca el manejo dado como mecanismo de control de la sexualidad, en el que imperan acciones dirigidas a la postergación del inicio de la vida sexual. Este enfoque predomina en Colombia, donde la culpabilización de las mujeres por comportamientos sexuales considerados inapropiados, condujo a limitar el gasto gubernamental en programas de SSySR orientados a adolescentes (31). Las consecuencias fueron incremento en el número de embarazos en adolescentes, pasando de 17% en 1997 a 21% en 2005, con una alta concentración en mujeres desplazadas por la guerra civil y residentes en zonas rurales. Adicionalmente se incrementaron los abortos inseguros, sin que se precise la cifra, y la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años se incrementó de 2.7 en el 2000 a 3.0 en el 2007; además, se refiere (sin presentar datos) incrementos en la incidencia de VIH y en la violencia sexual (31).

En Perú, a partir de la criminalización de la sexualidad adolescente, con la Ley 28704, del 2008, que considera violación a toda relación sexual en adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años, incrementó la fecundidad en este grupo, pasando de 13% en 1996 y 13.2% en 2012. De igual forma, la razón de mortalidad materna se incrementó, siendo el suicidio uno de los causales indirectos, contribuyendo con 39% de la mortalidad materna en este grupo. También se reportó un aumento en el aborto inseguro pasando de 17.6% en el 2006 a 20.2% en el 2008 (32).

Estas situaciones de política pública se pueden tipificar como medidas extremas, que, de acuerdo a la evidencia, no contribuyen a la preservación o mejoramiento de la SSySR de las adolescentes (33,36). Afortunadamente, en el año 2012, esta ley se declaró inconstitucional y se estableció que las y los jóvenes son sujetos de derecho, con capacidad para decidir sobre el ejercicio de su sexualidad (32). Además, se estableció la ley de penalización de la violación que busca castigar las verdaderas violaciones sexuales en el contexto peruano, país que ocupa el tercer lugar en el mundo en incidencia de violación sexual, pero que aun así no cuenta con servicios especializados para dar respuesta a este delito (37).

En contraste, en Chile el Programa "Adolescencia tiempo de decisiones" (38), consistente en una estrategia de educación sexual y facilitación del acceso a métodos de anticoncepción, con una duración de 24 meses y ejecutado en dos escuelas y una tercera como control, resultó en el aumento de los conocimientos sobre sexualidad y reproducción (de 57 a 72% en mujeres y de 52 a 68% en hombres), anticoncepción (de 66 a 81% en mujeres y de 66 a 80% en hombres) transmisión de VIH y otras ITS (de 67 a 86% en mujeres y 72 a 88 % en hombres). Además, 8% de las mujeres y 7.7% de los hombres retrasaron el inicio de la actividad sexual, y las adolescentes que habían iniciado su vida sexual previnieron embarazos mediante el uso de métodos anticonceptivos, lo que se tradujo en un descenso de 5.6% en la cantidad de embarazos en adolescentes, mientras que el grupo control fue sólo de 0.7%. También disminuyó el aborto espontáneo en 10.3%, 13.8% los abortos provocados y en 3.4% los abortos obligados por parte de los padres de las adolescentes (38).

La literatura revisada puntualiza en la importancia de incorporar las opiniones y necesidades de adolescentes y jóvenes en el diseño de programas de educación sexual. Destaca la importancia de tomar en cuenta los factores socioculturales de los grupos, la heterogeneidad de los mismos y la disponibilidad de materiales en varios idiomas (33).

Las intervenciones enfocadas en la prevención del embarazo adolescente, identificadas a través de la revisión bibliográfica son mostradas en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Intervenciones focalizadas en la prevención y atención del embarazo adolescente

Estrategias	Intervenciones
Acciones familiares y comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> -Involucrar a las y los jóvenes en las acciones de SSySR como usuarias y usuarios de los servicios de SSySR(39). -Promover la participación de las y los jóvenes en la formulación de políticas públicas (30) -Fortalecer las redes de apoyo de madres y padres adolescentes (30)
Acceso a educación y empleo	<ul style="list-style-type: none"> -Implementar programas de becas para adolescentes embarazadas y madres y padres adolescentes (29) -Implementar estrategias intersectoriales que permitan superar las condiciones de desigualdad en las que están inmersas las adolescentes y su grupo familiar: conclusión de la educación básica, orientación vocacional y empleabilidad juvenil(28-30)
Acceso a Educación Sexual Integral	<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer educación sexual integral, libre, sin prejuicios que permita a las adolescentes adquirir habilidades para la toma de decisiones libres, asertivas e informadas y capacidades para negociar las relaciones sexuales (1,3,5,25,28-30,36,38) -Fomentar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de este grupo etario, derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva –eliminación de las barreras legales para la atención de la salud-; derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva –planeación de la familia, toma de decisiones libres sin violencia- y derecho a una vida libre de violencia, incluida la violencia sexual y reproductiva(27,29)
Prevención y atención de la violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Atender la violencia y promover el derecho a una vida libre de violencia, incluida la violencia sexual (27,29). -Facilitar el acceso a mecanismos de justicia para las víctimas de violencia sexual(32)

Acceso a servicios de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Proveer servicios de asesoría relacionados con la SSySR y la anticoncepción(8,29,38,40,41) -Eliminar las barreras legales de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de SSySR (27,29) -Ofrecer servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos adecuados a las características y necesidades de adolescentes y jóvenes, como estrategia para prevenir el embarazo adolescente de repetición (1,27-29,38) -Promover la paternidad responsable en los adolescentes (30)
Acceso a servicios de salud materna	-Atender el embarazo adolescente y la morbilidad asociada(6,25,28,40)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura científica.

Atención de la morbilidad y prevención de la muerte materna.

Debido a su alta incidencia, la mortalidad materna se considera un problema de salud pública. Pero además, es un fenómeno evitable, que se concentra en países pobres, en regiones rurales o marginales y en grupos vulnerables, ello ha motivado la implementación, a nivel mundial y regional, de una serie de acciones (42-44), que han significado mejoras importantes. No obstante, a pesar de los avances, se estima que cada día mueren 800 mujeres por causas obstétricas, y de éstas 99% vive en países en desarrollo (45,46).

Esta concentración de la mortalidad materna se relaciona con factores de carácter individual, socioeconómico, cultural y con el acceso oportuno a los servicios de salud. Dentro de las razones inmediatas se señalan la no identificación de los signos y síntomas de alarma de las afectaciones que ponen en riesgo la salud, embarazos no deseados, complicaciones prenatales, desnutrición y presencia de otras enfermedades. Se adicionan factores socioeconómicos y culturales, como la pobreza, la pertenencia a una minoría étnica, el lugar de residencia (rural o urbana) y el bajo nivel educativo. En relación a los servicios de salud, se identifican la falta de acceso a controles prenatales, la atención del parto por personal no capacitado y la falta de oportunidad en la atención de las complicaciones (42,45,47-49) y las urgencias obstétricas (43).

Para responder a estas necesidades de salud se recomienda el desarrollo de políticas públicas incluyentes, aceptables, equitativas y justas dirigidas a mujeres en situación de pobreza, en los extremos de la vida reproductiva, con baja escolaridad, indígenas o residentes en localidades rurales o zonas urba

no-marginales, que carecen de acceso a los servicios de SSySR de calidad (1,3,6,8,40,43,50–52). La literatura considera que estas políticas públicas tienen mayor efectividad, ya que incluyen respuestas que desde la perspectiva de derechos, atienden la prevención de los riesgos y la atención de las consecuencias de su exposición. En el Cuadro 7 se presentan las políticas públicas más relevantes a nivel global, algunas de las cuales se han puesto en práctica en América Latina.

Cuadro 7. Intervenciones sobre la atención a la salud materna y prevención de la muerte materna señaladas en la literatura publicada

Estrategias	Intervenciones
Acceso a los servicios de salud y SSySR	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el acceso universal a los servicios de SSySR y la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio(1,3,4,42–45,47,52,53) -Promover la salud neonatal y la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años (1,6,54) -Atender la violencia de género y sexual para evitar embarazos no deseados, complicaciones maternas y neonatales, ITS y muerte materna (50)
Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> --Identificar y diagnosticar oportunamente embarazos de alto riesgo para brindar atención especializada, interdisciplinaria e integral(51) -Brindar educación sexual y reproductiva que se base en las necesidades y características específicas de la población(51)
Atención de emergencias obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> Extender la cobertura del parto institucional y la atención de emergencias obstétricas (1,3,4,8,40,42–45,47,48,50,52,53,55,56)
Atención intercultural/humanizada	<ul style="list-style-type: none"> -Incorporar parteras capacitadas y otorgarles los recursos necesarios para brindar la atención materna(44,45,47,56)
Planificación familiar pos evento obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar el uso de los servicios de planificación familiar para espaciar los embarazos, evitar embarazos no deseados y posibilitar el acceso a los servicios de aborto seguro (42,47,50,56)
Calidad de la atención de la salud materna	<ul style="list-style-type: none"> -Otorgar capacitación al personal de salud sobre los signos de peligro asociados a la mortalidad materna y establecer los mecanismos de referencia a instituciones de mayor capacidad resolutive (47). -Fortalecer los sistemas de salud (infraestructura, equipamiento, profesionales capacitados, insumos)(44,55) -Otorgar financiamiento suficiente a los servicios de SSySR en general y salud materna en específico(44,55)

Acciones comunitarias y familiares	-Fomentar la participación de las familias, comunidad y autoridades en la atención de la salud materna (50,51,56)
Vigilancia, seguimiento y evaluación	-Implementar mecanismos que faciliten la recuperación de información para la toma de decisiones y rendición de cuentas (42,43,49,50)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura científica.

Aborto inseguro.

La OMS define el aborto inseguro como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria, o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (57). Se considera que la incidencia del aborto inseguro a nivel mundial es de 19 a 22 millones al año; y que de 20% a 50% de las mujeres que se someten a este procedimiento van a requerir de atención médica debido a complicaciones asociadas; además, 13% de los abortos practicados en condiciones inseguras concluyen en una muerte materna (1,3,25,40).

En América Latina y el Caribe se estima que se practican entre 3.7 y 4.2 millones de abortos inseguros al año y un alto número de ellos concluyen en el fallecimiento de la mujer, lo que coloca al aborto inseguro en el primer lugar en el listado de causas de muerte materna en la región (58,59). En contraste, se observa que cuando el aborto se practica en un contexto seguro, con el acceso a la información y medicamentos pertinentes, con el personal capacitado, el equipo, la higiene y la infraestructura necesaria, la razón de mortalidad materna por este causal disminuye a 0.6 muertes maternas por cada 100 mil abortos.

Ante tal problemática de salud, en América Latina se ha reabierto el debate sobre la legalización o despenalización del aborto, debido a que en la mayoría de países latinoamericanos esta práctica se considera un delito, salvo algunas causales como la violación, peligro a la vida o salud de la mujer y las malformaciones del embrión o feto incompatibles con la vida (58–60). Los actores que han participado en el debate corresponden a organizaciones de mujeres, feministas, médicos, legisladores, grupos pro vida y religiosos, y se ha logrado el acceso al aborto seguro por medio de la interrupción legal del embarazo o la ampliación de causales en algunos contextos, avances que no han sido uniformes en la región (59,60). En este contexto de desigualdad jurídica, la mayoría de las mujeres se ven imposibilitadas de acceder a un aborto en condiciones seguras; sin embargo, esto es más frecuente en aquellas mujeres que viven en malas condiciones socioeconómicas (58,60).

En un estudio realizado en 2012 en Brasil, Fusco, De Sousa y Andreoni (58) identificaron las características de las mujeres que recurren a un aborto inseguro: mujeres jóvenes de 21 años en promedio, con ingresos limitados, bajo nivel educativo, pertenecientes a una minoría étnica, con un temprano inicio de vida sexual (entre los 11 y 16 años), solteras, con nulo uso de métodos anticonceptivos y con experiencias de embarazos previos. En estas mujeres se identificaron complicaciones relacionadas con la atención del aborto como hemorragias e infecciones. En contraste, las mujeres con menos abortos inseguros fueron aquellas que no pertenecían a minorías étnicas, que habían cursado la primaria completa, casadas o unidas y con mayores ingresos económicos. El estudio, muestra el peso del contexto socioeconómico de las mujeres en el acceso a servicios de atención del aborto en condiciones seguras (59,60).

En estas condiciones, el aborto inseguro y la muerte materna asociada se relacionan con barreras jurídico-legales que afectan principalmente a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. Esta situación puede agravarse cuando ellas viven en contextos de violencia que les impiden evitar relaciones sexuales no consentidas o en desventajas, y el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (58–60).

Perfiles de las políticas públicas internacionales

Esta revisión destaca que a nivel internacional se han establecido acuerdos en materia de SSySR y reducción de la pobreza que han contribuido a definir los objetivos, metas y compromisos políticos para las naciones que suscriben dichos acuerdos (39). Lo que ha llevado a adoptar una serie de lineamientos que en su conjunto configuran un consenso sobre los principios básicos que deben guiar la formulación de las políticas públicas: temas prioritarios en SSySR, atención de grupos vulnerables, enfoques pertinentes y la necesidad de implementar de forma simultánea políticas públicas sobre reducción de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR. Estos han emergido de encuentros entre representantes de la mayoría de los países del mundo. Dentro de estas destacan: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres en 1979; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994; la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995; la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos en 1995; los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2000; y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2015 (1–3,8,25,52,54,61,62).

En estas reuniones se ha abordado la SSySR como tema central desde el

enfoque de género y de los derechos humanos. Lo que ha conducido a propuestas para erradicar las desigualdades sociales y la pobreza que influyen en el acceso y atención de la SSySR (2–4,25,53), a asumir un concepto positivo de la sexualidad y la reproducción, a la promoción de acciones articuladas con la educación y al mejoramiento del acceso a servicios de salud integral (1,3,14,53).

Este marco de consenso y armonización global ha facilitado establecer una perspectiva sobre el contenido básico de las políticas públicas relacionadas con la pobreza y la SSySR, los cuales se presentan a continuación:

Enfoque de Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos. El derecho a la salud y la SSySR constituyen parte de los derechos humanos universales, indivisibles, y se enmarcan en el reconocimiento de la diversidad social. En consecuencia, deben ser garantizados por el Estado a través de la implementación de políticas públicas y otros instrumentos normativos. Desde esta perspectiva, las políticas públicas en salud y SSySR deben operar sin distinciones por sexo, pertenencia étnica, condición económica, grupo etario, creencias religiosas, preferencias sexuales, legalidad de servicios de SSySR, como el caso del aborto, entre otros aspectos. En este ámbito se deben evitar prácticas discriminatorias y tomar como referente las necesidades de la población, es decir, desde un abordaje culturalmente sensible que respete la diversidad, que a su vez promueva la defensa de los derechos humanos –salud y SSySR– y que contribuya a reducir las inequidades derivadas de desventajas sociales (1).

Enfoque de las desigualdades sociales. La calidad y el acceso a servicios de SSySR están condicionados por las desigualdades sociales de la población, éstas se concretizan en diferentes expresiones de desventaja económica, inequidad de género, discriminación por la pertenencia étnica, edad, territoriales, discapacidad, estatus migratorio, entre otras. Estos elementos propician situaciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud y a otros programas sociales (1,4,25,63). La importancia de este enfoque radica en que permite desnaturalizar las desigualdades sociales pues se cuestionan las causas o condiciones que las propician, para luego analizar cómo operan estas jerarquías y así proponer estrategias que permitan subsanar o atenuar las inequidades sociales, económicas y culturales, que no son más que un reflejo de las relaciones de poder (1,52). En este sentido las políticas públicas deben ser incluyentes, equitativas, justas y tienen que garantizar los derechos humanos, sociales, económicos y culturales (52). Por otro lado, se reivindica el derecho de la población a la diferencia y la diversidad relacionadas con los contextos socioculturales, políticos y económicos específicos: "es necesi-

rio tratar a los desiguales, es decir, a los diferentes de modo desigual [pues] sería injusto tratar en modo igual a los desiguales" (64), sin que esto se traduzca en desigualdades que tengan un impacto negativo en la SSySR (1).

Enfoque de género. Las normas de género definen los roles y las expectativas sociales para las mujeres y los hombres, asignan atributos, responsabilidades y privilegios. Estas normas operan a través de las instituciones sociales y se materializan en leyes, políticas y prácticas sociales (4), que se basan en relaciones de poder y posibilitan la exclusión de las mujeres limitando su autonomía e imposibilitando el ejercicio de sus derechos en el ámbito público y en el privado (1,4,6,25). La normatividad de género puede también estar asociada con prácticas nocivas y discriminatorias: el acceso desigual a recursos así como el control de los mismos; la violencia de género y sexual; participación restringida en la toma de decisiones; matrimonio forzado o precoz, y la idealización de la maternidad. Problemáticas y condiciones que están relacionadas con la SSySR –embarazos no deseados, limitado o nulo uso de anticonceptivos, infección de VIH y otras ITS, morbilidad materna, aborto inseguro- y pobreza (8,39).

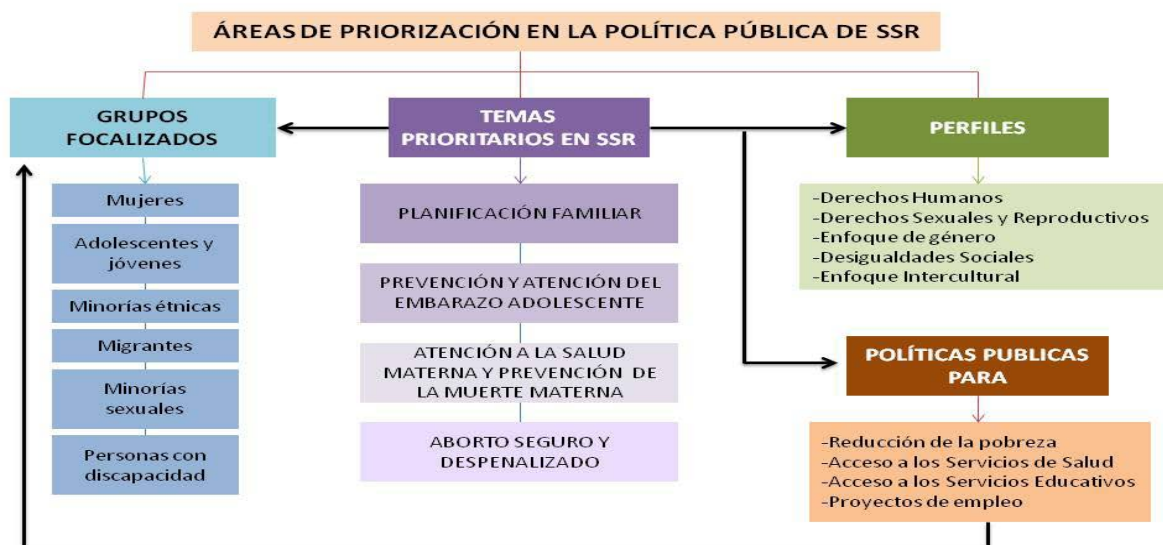
Desde esta perspectiva, se promueve que las mujeres sean reconocidas como sujetos de derechos, con autonomía corporal, que ejerzan de forma libre, placentera y sana su sexualidad y reproducción y que tomen decisiones y control de sus pertenencias económicas (8,25).

En cuanto a la SSySR se debe promover, a través de políticas públicas, que las personas, independientemente de sus diferencias, tengan acceso a información para el cuidado de su cuerpo, que decidan sobre su vida sexual y reproductiva, principalmente en lo relativo al control de su fertilidad (3,8,25). También, se deben propiciar cambios sociales en las normas de género que permitan cuestionar, evitar, sancionar y reparar la violencia de género y sexual, la discriminación y otras prácticas nocivas contra las mujeres, en el entendido de que son prácticas inaceptables (65). En este sentido, es relevante el uso de indicadores de género para conocer los impactos diferenciados de las políticas enfocadas en hombres y mujeres sobre la pobreza y la SSySR (8,25).

Enfoque intercultural. En el diseño e implementación de políticas públicas se requiere reconocer las concepciones culturales relacionadas con la atención de la salud, la sexualidad y la reproducción para que las acciones propuestas sean culturalmente pertinentes y se incremente la efectividad de las políticas públicas (66). Como ejemplo de estas medidas se encuentran las

acciones, programas o normas que fomentan la atención del parto en libre posición con pertinencia intercultural, lo que resulta más adecuado a la cosmovisión y prácticas culturales de ciertas minorías étnicas. En la Figura 2 se presenta de manera resumida las áreas de priorización de la SSySR.

Figura 2. Áreas de priorización para la elaboración de políticas públicas en SSySR



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura publicada.

La formulación de políticas públicas adheridas a los enfoques mencionados, puede resultar insuficiente si no se articulan con otros ámbitos de acción pública que condicionan la exposición y manejo de riesgos y daños a la salud (8). Uno de estos ámbitos es el educativo, por lo que se plantea la necesidad de vincular las acciones de SSySR a los servicios de educación formal. Sin embargo, ciertos factores actúan como limitantes para lograr la vinculación requerida, dentro de ellos se encuentran las dificultades de acceso a la educación, la permanencia en el sistema, la inversión en infraestructura y en recursos humanos educativos, todos representan grandes retos en muchas regiones del mundo, incluida América Latina (1,4,8,25). Otro ámbito para la acción es el laboral, se ha documentado que el acceso a empleos idóneos por parte de las mujeres, con énfasis en las jóvenes y adolescentes, es más difícil que para los varones con capacidades y características similares, por lo que se requiere desarrollar en ellas, habilidades y dotarlas de herramientas que les permitan la inserción y posicionamiento en el mercado laboral, en empleos formales y de calidad (4,8,39).

En relación a los servicios de salud es necesario reducir las barreras económicas, socioculturales y de disponibilidad de los mismos para incrementar la cobertura y el acceso efectivo a servicios de calidad, en los que haya suficiencia de insumos (personal, medicamentos, material gastable, equipo e infraestructura física) (3,6,8,54). Se requiere además, incluir estrategias efectivas que promuevan el mejoramiento de la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de riesgos. Lo anterior repercutirá en la atención equitativa de la población vulnerable contemplando las necesidades de salud según el curso de la vida (25,54).

En el ámbito social, se considera clave prevenir, atender y sancionar las prácticas de violencia contra las mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes mediante la creación de espacios de atención integral a víctimas de violencia de género y sexual; y de mecanismos de protección jurídico-legales que impidan la violación a sus derechos sexuales y reproductivos (3-5,8,26).

Aciertos y desafíos en la implementación de políticas públicas

Si bien no es posible establecer una relación causal entre las políticas públicas para la reducción de la pobreza y la mejora de la SSySR, se reconoce que las acciones focalizadas en uno u otro eje (reducción de la pobreza o mejoramiento de la SSySR) podrían afectar positivamente el acceso a los servicios de planificación familiar, prevención y atención del embarazo adolescente, aborto seguro y cuidados maternos, dirigidos a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, lo que permitiría reducir las desigualdades económicas, de género, étnicas y etarias.

En América Latina se identifican aciertos relacionados con la creación de políticas regionales y nacionales en los ámbitos de pobreza y SSySR. Estas acciones de política pública son heterogéneas; observándose en países como Uruguay y Chile la implementación de estrategias sostenidas de desarrollo social que se han traducido en mejores condiciones de bienestar social, y que han contribuido al mejoramiento de los indicadores de SSySR, mientras que en otros, como Bolivia, si bien se han obtenido mejoras en la SSySR, las condiciones de pobreza prevalecen (Cuadro 8).

Cuadro 8. Aciertos en la generación e implementación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR

Aciertos	Intervenciones
Creación de políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> -Creación de políticas internacionales, regionales y nacionales en el ámbito de la SSySR y reducción de la pobreza (3) -Creación de programas focalizados en planificación familiar, salud materna, prevención de la muerte materna y prevención del embarazo adolescente (3) -Incorporación en la agenda de la SSySR de la perspectiva de derechos humanos, género, étnica y generacional para fomentar el empoderamiento de la ciudadanía y el bienestar de los individuos (1,3,5)
Focalización de poblaciones vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> -Priorización de la atención de grupos vulnerables: mujeres, adolescentes y jóvenes, y grupos étnicos, para ampliar sus capacidades y resolver sus necesidades en el área de la sexualidad y la SSySR para garantizar sus derechos y beneficiarlos con la creación de políticas públicas incluyentes (1)
Financiamiento a políticas y programas específicos	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecimiento de la inversión en salud y SSySR (3) -Financiamiento a corto plazo de políticas enfocadas en la reducción de la pobreza
Marcos legislativos favorables	<ul style="list-style-type: none"> -Implementación de marcos legislativos relacionados con los derechos de las y los adolescentes, de las mujeres, con énfasis en el aborto (3)
Acceso universal a servicios de salud y SSySR	<ul style="list-style-type: none"> -Garantizar el acceso a la salud y SSySR: salud materno-infantil, planificación familiar, prevención del VIH y otras ITS (3) -Promoción de la atención primaria en torno a la SSySR (3) -Garantizar el acceso a educación sexual la cual tiene un impacto positivo en las prácticas sexuales de los jóvenes retardando el inicio de la actividad sexual, haciendo uso de métodos anticonceptivos, modificando actitudes relacionadas con la sexualidad y las normas de género (3) -Aprovechamiento de las tecnologías médicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de padecimientos, y de las tecnologías de la comunicación para la promoción de la salud (3)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura publicada.

En lo que respecta a los desafíos, mostrados en el Cuadro 9, reporta América Latina importantes pendientes, siendo necesario, además del diseño de las

políticas públicas, la generación de estrategias que permitan su adecuada implementación y sostenibilidad.

Cuadro 9. Desafíos en la implementación de políticas públicas para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR

Desafíos	Intervenciones
Compromiso político y financiamiento	<p>-Integración de los objetivos internacionales sobre SSySR y la reducción de la pobreza en la política y programas nacionales de desarrollo y de salud (54,67)</p> <p>-Financiamiento público para asegurar los gastos en bienes y servicios de salud y en alimentación, vivienda, educación y saneamiento que repercuten en las condiciones de salud de la población (1,40,54,67)</p> <p>-Sostenimiento del financiamiento a largo plazo de las estrategias para la reducción de la pobreza y la SSySR para promover un cambio estructural y sostenible mediante el empoderamiento de los grupos desfavorecidos y el desarrollo del capital humano(5)</p> <p>-Implementación de acciones que mitiguen el impacto de las reducciones en inversiones y financiamiento en SSySR o en otros programas vinculados con el desarrollo social, sobretudo en periodos de crisis económicas que afectan a la población vulnerable acrecentándose las desigualdades sociales (3)</p>
Intersectorialidad e interinstitucionalidad	<p>-Incorporación de acciones que fomenten la intersectorialidad e interinstitucionalidad entre secretarías, ministerios y agencias que promuevan también el desarrollo social y la reducción de la pobreza (3,54)</p> <p>-Evitar la duplicidad de las acciones y la fragmentación de la atención, que trae consigo la dificultad de acceso a los servicios para toda la población, la falta de calidad y el uso irracional de los recursos (53)</p>
Políticas públicas contextualizadas	<p>-Diseño e implementación de políticas específicas en cada país para atender el contexto y las problemáticas locales y/o municipales (8,53,54)</p>
Participación ciudadana	<p>-Impulso de la participación ciudadana para que la población acceda a los derechos, beneficios o actividades que se prevén en las políticas públicas (3,8,53)</p> <p>-Participación ciudadana en la definición, revisión y monitoreo de las acciones dirigidas a la reducción de la pobreza y al mejoramiento de la SSySR (3,8,53). Lo anterior, implica atender las desigualdades de la población para que puedan acceder a los procesos de participación de forma equitativa</p>

Seguimiento y evaluación de políticas públicas	<p>-Promover la generación de instancias que realicen un seguimiento y evaluación de la eficiencia de las políticas, programas y estrategias en SSySR a nivel local y nacional (3,8,25)</p> <p>-Garantizar el respeto de los derechos individuales y la aplicación de las normativas o leyes vigentes (25)</p>
Sistemas de información eficientes	<p>-Hacer eficientes los sistemas de información ya que las estadísticas disponibles dan muestra de las brechas en cuanto a los registros sobre salud y SSySR (40,54)</p> <p>-Mejorar los indicadores utilizados en la medición de la situación de salud y SSySR (40,54). Los indicadores deben ser sensibles e incorporar la perspectiva de género, étnica y de generación lo cual permitiría una mejor comprensión de la SSySR y los determinantes sociales de la salud (1).</p> <p>-Generar evidencia contundente que demuestre que las estrategias en SSySR contribuyen a la reducción de la pobreza (1-3)</p> <p>-Realizar investigaciones rigurosas y sistemáticas sobre los vínculos entre ambos fenómenos desde enfoques metodológicos integrales –macro y micro, y cuantitativo y cualitativo- (2,5)</p>
Acceso a servicios de salud de calidad	<p>-Las instituciones de salud deben contar con las condiciones suficientes para dar respuesta a las problemáticas de salud y SSySR (54)</p> <p>-La atención en el ámbito de la SSySR debe ser eficaz y tendría que propiciar la eliminación de las desigualdades sociales en los grupos vulnerables (1,3,54)</p>
Concepciones sociales y culturales	<p>-El logro o fracaso de la agenda política se vincula con las concepciones socioculturales sobre la salud, la sexualidad y la SSySR y la normatividad de género (8). Las acciones que se derivan de las políticas pueden traer consigo enfoques de transformación cultural, por ejemplo el reconocimiento de la diversidad sexual y los derechos de las personas LGBTI (53); o generar incomodidades en sectores de la población con tendencias conservadoras que frenen el avance en materia de la salud, SSySR y derechos sexuales y reproductivos(2,3,8)</p> <p>-Promover el empoderamiento de los grupos vulnerables –mujeres, pueblos indígenas, jóvenes, pobres- para que sean concebidos como sujetos de derechos y autónomos evitando así las políticas públicas “paternalistas” (8,25) .</p>

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura publicada.

Políticas de pobreza y SSySR en América Latina

Como se planteó en la sección de métodos, se realizó una estratificación sociodemográfica de los países de América Latina seleccionados (Uruguay, Chile, Perú, México, Ecuador y Bolivia), considerando como base la proporción de la población que vive en condiciones de pobreza extrema, definida por los países en sus estadísticas oficiales, y la Razón de Mortalidad Materna (RMM).

En el cuadro 10, se presentan los países según la proporción de pobreza extrema observada, escolaridad e indicadores de SSySR. En Uruguay y Chile la población en situación de pobreza extrema, representa menos del 1% y sus indicadores de SSySR son mejores, en términos comparativos, excepto el indicador de bajo peso al nacer en Uruguay. Los países considerados en el estrato medio (Perú, México y Ecuador) presentan resultados heterogéneos respecto a sus indicadores de SSySR, destaca Perú con altas tasas de RMM, a pesar de que ha logrado una cobertura del parto por personal sanitario superior al 90%; en tanto que, la fecundidad en adolescentes reporta mejores resultados que en México y Ecuador. En Bolivia, país con una proporción elevada de población en pobreza extrema, registra la mayor razón de muerte materna, la menor proporción de partos atendidos por personal sanitario y alta tasa de fecundidad en adolescentes.

Con esta información se podría pensar en una relación entre pobreza e indicadores de SSySR en los países ubicados en posiciones extremas: muy baja pobreza y muy alta pobreza. Sin embargo, en los países ubicados en el estrato medio se observa un perfil heterogéneo entre los indicadores de pobreza y los de SSySR. En el caso de los países con menor proporción de pobreza extrema se puede considerar que se encuentran satisfechas la mayoría de sus necesidades de orden estructural, entre ellos el acceso a servicios educativos, lo cual podría explicar las buenas condiciones de SSySR. De igual manera, en Bolivia la elevada proporción de población en pobreza extrema, con bajo acceso a servicios educativos, podría explicar las malas condiciones de SSySR. Mientras que en los países considerados de estrato medio es posible que algunos de sus indicadores de SSySR (tal es el caso de la baja mortalidad materna en México o la tasa de fecundidad en adolescentes en Perú) se encuentren más relacionados con programas o acciones focalizadas, que buscan modificar riesgos de orden individual y que tienen impacto positivo a nivel poblacional. Por otro lado, la alta proporción de partos atendidos por personal sanitario no parece tener relación ni con la mortalidad materna ni con el bajo peso al nacer. Es importante precisar que dado que los datos disponibles corresponden a diferentes años, solo permiten mostrar la situación imperante en la región. La comparación entre países re-

sulta un ejercicio complejo, no factible de realizar con la información disponible. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Indicadores de pobreza extrema, escolaridad y salud sexual reproductiva, en países seleccionados

PAÍSES	INDICADORES DE POBREZA EXTREMA Y ESCOLARIDAD		INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
	% de población que vive con menos de 1.25 dólares al día (2012)	% con escolaridad primaria (2013)	Razón de mortalidad materna (x 100 mil/NV)	% de partos atendidos por personal sanitario	% de bajo peso al nacer (2012)	Tasa de fecundidad adolescente ** (2013)
Estrato baja pobreza extrema						
URUGUAY	0.31	99.5*	16 (2013)	98.2 (2013)	8.7	54
CHILE	0.83	92	17 (2012)	99.8 (2012)	5.9	56
Estrato media pobreza extrema						
PERÚ	2.89	91.8	93 (2011)	90 (2014)	8	48
MÉXICO	3.26	96.1	42 (2012)	96 (2012)	9.12	65
ECUADOR	3.95	97	60 (2012)	93.7 (2014)	8	80
Estrato alta pobreza extrema						
BOLIVIA	7.98	81.6	200 (2013)	84.8 (2012)	6	74

*2010

**por mil mujeres entre 15 y 19 años

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de los documentos "Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015" (Objetivo 1 y 5)(13) y de las bases de datos y publicaciones estadísticas de la CEPAL; "Los jóvenes en el mundo"(68); "Estado Mundial de la Infancia" del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas(69).

La revisión documental realizada en los países seleccionados muestra que todos han generado políticas públicas, estrategias o acciones para reducir la pobreza y mejorar la SSySR en su población. Respecto a las políticas públicas y estrategias para reducir la pobreza se identificaron las siguientes características comunes:

- Apoyos directos para la alimentación, asignaciones monetarias y proyectos laborales o de emprendimiento productivo.
- Acceso a los servicios de salud y en particular a los de SSySR que incluyen además calidad de la atención y la adecuación intercultural.
- Acceso a los servicios educativos con priorización de la permanencia, la calidad de la educación y la adecuación intercultural.

En la Figura 3 se presentan los componentes de las políticas públicas de reducción de la pobreza, acceso a servicios de salud y educación en los paí

ses de América Latina incluidos en el análisis. Se observa la carencia de políticas públicas explícitas de acceso a los SSySR como ejes relevantes en Uruguay. De la misma forma, en Chile no se identificaron políticas públicas explícitas respecto a la adecuación intercultural en el campo de la SSySR. En el caso de Perú, México, Ecuador y Bolivia se identificaron políticas públicas relacionadas con reducción de la pobreza, acceso a servicios de SSySR y acceso a servicios educativos lo cual genera una imagen de integración de la respuesta a la reducción de la pobreza y a la implementación de estrategias de mejora de servicios de salud y educativos. Aunque una hipótesis de la falta de las políticas señaladas en Uruguay y Chile es que en estos países no se identifican estos componentes como necesidad de sus poblaciones, y por tanto no es necesario destinar grandes esfuerzos a ellos, pues no hay que olvidar que el rol de las políticas es la corrección de las distorsiones sociales generadoras de inequidad e injusticia social. El detalle de las políticas públicas incluidas en esta figura se presenta en el Anexo 4.

Figura 3. Componentes de las políticas públicas de reducción de la pobreza, acceso a servicios de salud y educación en países seleccionados de América Latina, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

El acceso universal de la población a servicios de salud es una acción que incide en los determinantes sociales, y consecuentemente en el logro de la equidad; por tanto, los países seleccionados, generaron estrategias para asegurar la gratuidad de los servicios públicos y ampliar la cobertura de aseguramiento de las poblaciones consideradas socioeconómicamente vulnerables. En tal sentido, se ha priorizado la afiliación de niños/as, adolescentes, indígenas y mujeres embarazadas, bajo esquemas de provisión de paquetes básicos, dirigidos a cubrir las necesidades más frecuentes de demandas de acceso a los servicios de salud (Anexo 4).

En todos los países se ha incluido la SSySR como eje prioritario de los planes nacionales de salud, con diversas estrategias basadas en los derechos sexuales y reproductivos, según los acuerdos internacionales. Además, se han desarrollado estrategias de vinculación entre el sector salud y el educativo, sobre todo para el abordaje de temas relacionados con la educación sexual.

En los documentos analizados, se observan importantes matices en la definición de los contenidos de educación sobre SSySR en las escuelas. Por ejemplo, en Uruguay la educación sexual tiene una perspectiva laica y humanista; en Chile se promueve un enfoque múltiple: promoción de la abstinencia y del uso de métodos anticonceptivos para los jóvenes que deseen iniciar su vida sexual o sean sexualmente activos; en Perú se espera que se base en evidencias y conocimientos científicos; en México se considera laica e integral y en Ecuador en el corto plazo se ha transitado de una visión integral que promovía el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia de género y sexual (70) hacia una focalización que busca la articulación de la sexualidad y la afectividad con un enfoque integral y de familia, que promueve la abstinencia (71).

Los efectos sociales y en la SSySR esperados del cambio en la política de Ecuador pueden ser semejantes a los observados en países como Colombia, donde se ha enmarcado la política pública de SSySR desde una perspectiva de control sobre la sexualidad, focalizando acciones en la educación sexual con el fin de postergar el inicio de la vida sexual. Con este enfoque que “culpabiliza principalmente a las mujeres por su comportamiento sexual”, se redujo el gasto gubernamental destinado a programas de SSySR, principalmente orientados a adolescentes, lo que provocó un incremento del número de embarazos en adolescentes, que pasó de 17% en 1997 a 21% en 2005 (31).

Semejanzas y diferencias de las acciones de política pública

A continuación se presentan las semejanzas y diferencias de las acciones de política pública en relación con los siguientes componentes de la SSySR: planificación familiar, prevención y atención del embarazo adolescente, salud materna y prevención de la muerte materna y aborto seguro y despenalizado.

Planificación Familiar

De los países de América Latina seleccionados, únicamente dos tienen programas específicos sobre planificación familiar: México y Perú. En los demás, este componente hace parte de otros programas de SSySR: salud integral de adolescentes y jóvenes, prevención del embarazo adolescente, salud de la mujer, salud materna y prevención de la muerte materna. En todos, la planificación

familiar y el acceso a métodos anticonceptivos constituyen acciones prioritarias para la atención y prevención de las problemáticas en SSySR. Como se puede apreciar en la Figura 4, las acciones en las que coinciden los países son en la provisión de asesoría sobre planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos; Uruguay, Perú y México incorporan a los hombres como actores en estos programas y se impulsan las acciones dirigidas a la comunidad. En menor medida se prevén estrategias ante la demanda insatisfecha, la investigación y el seguimiento y evaluación de estos programas. El desglose de esta información se encuentra en el Anexo 4.

Figura 4. Componentes de las políticas públicas y estrategias para el acceso a los servicios de planificación familiar de países seleccionados de América Latina, 2015

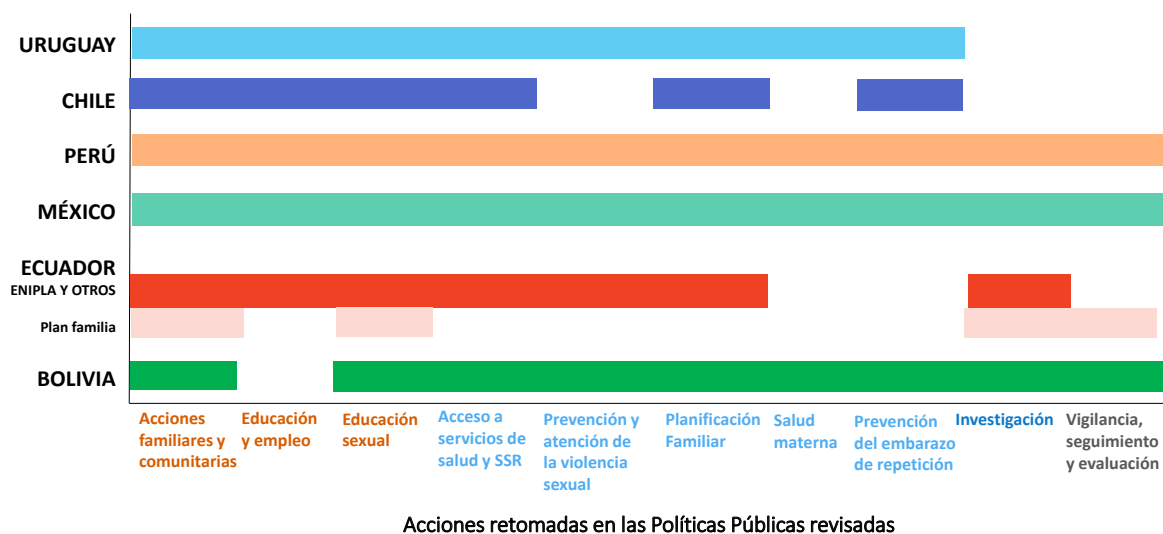


Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

Prevención y atención del Embarazo Adolescente

Uruguay, Chile, México, Perú y Bolivia cuentan con programas o estrategias focalizadas en la atención de la salud de adolescentes y jóvenes; Perú, México y Ecuador implementan programas o estrategias específicas para la prevención y atención del embarazo adolescente. Se observa en la Figura 5, que los países incorporan las acciones familiares y comunitarias y la educación sexual como ejes para la prevención del embarazo en este grupo etario. Para ello, se enfatiza el acceso a servicios de planificación familiar, excepto en el Proyecto Plan Familia del Ecuador el cual tampoco incorpora atención de la violencia sexual. Si bien estos programas enfocan sus acciones en la prevención del embarazo también contemplan medidas relacionadas con la salud materna, excepto en Ecuador y Chile. Finalmente, las actividades focalizadas en la investigación y la vigilancia, seguimiento y evaluación de las estrategias se retoman por los países con las tasas más elevadas de embarazo adolescente.

Figura 5. Componentes de las políticas públicas* para la prevención del embarazo adolescente en los países seleccionados en América Latina, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

Una de las acciones rectoras en todos los programas de salud integral para adolescentes y jóvenes y de prevención del embarazo adolescente es el acceso a la educación sexual en los centros educativos desde la primaria. En Ecuador y México se puntualiza sobre la obligación del Estado en la homologación y difusión de textos sobre educación integral en sexualidad, definen el enfoque, criterios y contenidos sobre la educación sexual que se impartirá. No obstante, en México, se han evidenciado importantes retos para su implementación, debido principalmente a la oposición de grupos políticos adversos a los contenidos (72).

Salud materna y prevención de la mortalidad materna

Todos los países seleccionados cuentan con programas de salud integral de la mujer o de salud materna, que incluyen el tema de la mortalidad materna. Sin embargo, Perú, México y Ecuador tienen además programas específicos para prevenir y reducir la mortalidad materna y neonatal (Anexo 4).

Figura 6. Componentes de las políticas públicas de acceso a servicios de salud materna y prevención de la muerte materna en los países seleccionados en América Latina, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

Como se puede observar en la Figura 6, las acciones implementadas son similares en todos los países principalmente en relación con el acceso a los servicios de salud, la atención prenatal, la atención de emergencias obstétricas, la atención humanizada o intercultural y las medidas de planificación familiar y anticoncepción pos evento obstétrico; estas estrategias hacen parte de las directrices internacionales para la reducción de la muerte materna enfocadas en el acceso al cuidado prenatal y la atención institucional del parto y actualmente en la calidad y eficacia de la atención de las emergencias obstétricas y la salud perinatal (73). Otro aspecto a destacar son los mecanismos que algunos países han implementado en relación con la vigilancia, seguimiento y evaluación de las medidas señaladas en los programas.

Aborto seguro

Los países incluidos en este informe cuentan con una lista exhaustiva de guías, parámetros y documentos técnicos para la provisión de servicios de interrupción de embarazo seguro y para el manejo de abortos en curso o incompletos. El propósito de estas guías y documentos es servir como herramientas para el personal médico y facilitar la provisión de servicios seguros que permitan reducir la morbilidad y mortalidad materna relacionada con el aborto. El Cuadro 11 muestra la literatura sobre el tema disponible a nivel regional.

Cuadro 11. Literatura sobre provisión de servicios de interrupción del embarazo seguro

PAÍS	DOCUMENTO
Uruguay	Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay(74)
Chile	Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas(75)
Perú	Guía técnica para la interrupción del embarazo menor a las 22 semanas de gestación(76)
México	Guía práctica clínica para el manejo del aborto(77)
Ecuador	Atención del aborto terapéutico(78)
Argentina	El aborto en Argentina(79)
Colombia	Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)(80)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

Además, se cuenta con una guía clínica para la implementación de prácticas de aborto seguro, emitida por la OMS, disponible y accesible de forma gratuita en el sitio Web de la OMS (81).

Si bien el aborto seguro se reconoce como una acción relevante para mejorar los indicadores de SSySR (81), su acceso está condicionado por criterios establecidos en los códigos penales de los países. Además, para el caso de Uruguay se incluyó la Ley 18 947 sobre interrupción Voluntaria del Embarazo (82) (Poder Legislativo, 2012) y en México el Código Penal de la Ciudad de México (CDMX) (83) en donde, desde 2007, se puede acceder libremente a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación (SDG). Ver Cuadro 12.

Cuadro 12. Comparación de legislación sobre aborto en países seleccionados

País	Leyes
Uruguay	-Código penal que regula el aborto en distintas circunstancias: consentimiento, lesiones o muerte materna, circunstancias agravantes y causas atenuantes y eximentes(84). -Ley vigente desde el 2012 en donde se establece el derecho de las mujeres a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria de su Embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, cuando se cumpla con los requisitos y procedimientos establecidos en el mismo documento(82).
Chile*	Código penal que se establece la prohibición sin excepciones del aborto, el cual es considerado como delito (85).

2 En Uruguay se retomó el Código penal de Uruguay (Ministerio del Interior). Para Chile se consultó el Código Penal (Ministerio de Justicia, 1874). En caso de Perú se revisó el Código Penal de Perú (MINJUS, 1991). En México el Código Penal Federal (Poder Ejecutivo Federal, 2015). Para Ecuador se analizó Código Orgánico Integral Penal (Asamblea Nacional, 2014). Finalmente, para Bolivia se incluyó el Código Penal de Bolivia (Ministerio de Justicia, 2010).

Perú	Marco legal que sienta las directrices sobre el aborto, las sanciones y las causales no punitivas(86).
México	Marco legal a nivel federal para el establecimiento de criterios sobre el aborto: causales, sanciones y atenuantes. Se privilegian los códigos penales estatales para el establecimiento de causales no punitivas y las sanciones del aborto(87). La Ciudad de México tiene la legislación más amplia en términos de interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas(26 de abril de 2007)
Ecuador	Código Orgánico Integral Penal que regula y sanciona lo relacionado con la práctica del aborto(88).
Bolivia	Código penal que regula el aborto, las causales no punitivas y las sanciones(89).

*Existe un proyecto de ley para despenalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo por tres causales, como respuesta a las exigencias de organismos internacionales y a la incidencia del aborto en condiciones inseguras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de los códigos penales revisados y otros documentos afines.

En los países seleccionados de América Latina se observan dos sistemas de regulación del aborto (90): el sistema de plazos el cual se distingue por establecer un periodo de la gestación (hasta las 12 SDG) en el cual es legal la práctica de un aborto por cualquier causa (Uruguay y Ciudad de México); y el sistema de causales en el que se establecen condiciones en las cuales se puede llevar a cabo la interrupción del embarazo sin que sea punible (Perú, México, Ecuador y Bolivia). En Uruguay al igual que en la CDMX se implementa este sistema después de pasado el plazo de las 12 SDG³. Finalmente, en Chile el aborto está prohibido y es considerado un delito bajo cualquier circunstancia (Cuadro 13).

Cuadro 13. Sistema de regulación del aborto en los países seleccionados

País	Sistema de plazos (12 SDG)	Sistema de causales	Causales		
			Violación	Riesgo para la salud de la mujer	Malformación del feto incompatible con la vida
Uruguay	X	X	X*	X	X
Chile**					
Perú		X		X	
México***	X SÓLO EN CDMX	X	X	X	
Ecuador		X	X****	X	
Bolivia		X	X*	X	

*Requiere denuncia.

**En Chile no hay causales de ILE. El proyecto en discusión incluye como causales la violación, el riesgo para la salud y la vida de la mujer y las malformaciones del feto incompatibles con la vida

³ En el caso de Holanda el plazo para acceder a la interrupción legal del embarazo se extiende hasta las 24 SDG, en contraste en Canadá no se define un plazo específico para acceder a este derecho (Bergallo, 2007).

*** En Ciudad de México las causales después de las 12 SDG son: violación, inseminación artificial no consentida, peligro para la salud de la mujer, alteraciones genéticas o congénitas en el producto y conducta culposa de la embarazada.

****En mujeres con discapacidad mental

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de los códigos penales revisados y otros documentos afines.

En el caso de Uruguay y Ciudad de México se incluye la posibilidad de la interrupción del embarazo en menores de edad, con algunas condiciones, y a cualquier edad la asesoría interdisciplinaria antes y después de la interrupción del embarazo, con el fin de fortalecer la toma de decisiones informadas y para propiciar el acceso a métodos anticonceptivos.

Como se observa en el Cuadro 13, en los países de América Latina analizados el sistema de causales es el que opera con mayor frecuencia para regular y sancionar la práctica del aborto. En todos los casos de legalización del aborto voluntario, la violación es causa de interrupción del embarazo y, en la mayoría, el peligro de la vida de la madre en caso de continuar el embarazo. Sin embargo, cada uno de los países define los causales, siendo algunos más restrictivos como el caso chileno, donde no hay causal que legalice el aborto o el peruano que sólo contempla una causal, y Ecuador solo incluye violaciones a mujeres con discapacidad mental o ante peligro inminente de la vida y salud de la mujer.

Las sanciones para quienes practiquen un aborto son diversas y consisten en la privación de la libertad y la suspensión del ejercicio profesional, como se estipula en Perú y México. La duración de las penas varía según las circunstancias en que haya ocurrido el aborto, por ejemplo, si se contó con el consentimiento de la mujer o no, o si como resultado ocurrió alguna lesión grave o se presentó la muerte materna (Cuadro 14).

En todos los países analizados las penas aumentan cuando hay presencia de violencia física o psicológica en la interrupción del embarazo; en Uruguay y Bolivia se penaliza también la edad de la mujer y su capacidad para consentir. En Uruguay se contemplan causas atenuantes y eximentes, por ejemplo, cuando el aborto responde a la angustia económica o es por salvar el honor. En México, cuando el responsable es profesional médico o partera, se le suspenderá su ejercicio profesional de 2 a 5 años. En Perú, si el aborto es provocado por un acto de violencia contra la embarazada, pero sin intención de ocasionarlo, la pena para la persona que lo provocó será no mayor de 2 años o con prestación de servicio comunitario 52 a 54 jornadas.

Cuadro 14. Privación de la libertad para quienes llevan a cabo el aborto fuera de las normas establecidas

País	Con consentimiento de la mujer	Sin consentimiento de la mujer				
	Por práctica, sin lesión	Si hay lesión	Si hay muerte materna	Por práctica, sin lesión	Si hay lesión	Si hay muerte materna
URUGUAY	6 a 24 meses	2 a 5 años	3 a 6 años	2 a 8 años	3 a 9 años	4 a 12 años
CHILE	Hasta 3 años	No aplica	No aplica	Hasta 5 años	No aplica	No aplica
PERÚ	1 a 4 años	No aplica	2 a 5 años	3 a 5 años	No aplica	5 a 10 años
MÉXICO	Federal y CDMX: 1 a 3 años	No aplica	No aplica	Federal 3 a 6 años; CDMX 5-8 años	No aplica	No aplica
ECUADOR	1 a 3 años	No aplica	7 a 10 años	5 a 7 años	No aplica	13 a 17 años
BOLIVIA	1 a 3 años	1 a 4 años	1 a 6 años	2 a 6 años	1 a 7 años	2 a 9 años

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de los códigos penales revisados y otros documentos afines.

Por otro lado, las legislaciones de los países seleccionados sancionan a la mujer que se practica el aborto ilegal, con la privación de la libertad por periodos diversos; sólo en Perú se contempla el servicio o trabajo comunitario como medio para sancionar esta práctica y en la legislación de algunos estados de México. El rango de la privación de la libertad va de 3 a 6 meses en Uruguay, hasta 5 años en México y Chile. La mayoría de los países que penalizan el aborto, contemplan atenuantes (Cuadro 15). En México no es punible cuando haya sido causado por imprudencia de la mujer.

Cuadro 15. Sanciones privativas de la libertad para las mujeres que se practiquen un aborto fuera de las normas establecidas

País	No contempla atenuantes	Con atenuantes
URUGUAY**	3 a 6 meses	No se sanciona
CHILE	Hasta 5 años	No aplica
PERÚ*	No mayor de 2 años	No mayor de 3 meses
MÉXICO	Federal: 1 a 5 años CDMX 3 a 6 meses	Federal 6 meses a 1 año CDMX no se sanciona
ECUADOR	6 meses a 2 años	No aplica
BOLIVIA	1 a 3 años	6 meses a 2 años**

*Cuando el embarazo es producto de una violación o de inseminación artificial no consentida, entre otros

** Cuando se practica para salvar el honor

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de los códigos penales revisados y otros documentos afines.

Es importante señalar que en los documentos revisados no se estipulan acciones relacionadas con la atención de las complicaciones posaborto inseguro. En Uruguay y Chile, los programas de salud de la mujer, mencionan la importancia de ofrecer atención integral en los casos en que las mujeres presenten un embarazo no deseado. Sin embargo, todos los países enfatizan que tras un aborto las mujeres deben acceder a los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados o abortos en condiciones inseguras.

En relación al registro de la ocurrencia de abortos, Uruguay y Bolivia promueven un sistema de registro de la incidencia de aborto. En Uruguay, dado la condición de legalidad del aborto, se registran las razones que motivaron la decisión de interrumpir el embarazo y los métodos utilizados.

La criminalización de la interrupción del embarazo resulta no solo en una alta incidencia de abortos inseguros, sino también en un incremento significativo en los riesgos de la salud y la vida de mujeres con embarazos no deseados (91). La evidencia muestra que la criminalización del aborto no reduce su incidencia, por el contrario incrementa la mortalidad materna y los riesgos a la salud de la mujer, y promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro (92). El aborto inseguro es una de las causas principales de la mortalidad materna (13%); a pesar de ello, cada año aproximadamente 20 millones, de las 42 millones de mujeres con embarazos no deseados, al no contar con alternativa, optan por un aborto inseguro (91). Por otro lado, el perfil socio-económico de las mujeres que acceden a abortos inseguros se destaca por incluir los estratos más pobres de la sociedad y en muchos casos con historiales de violencia sexual (93).

En los casos en que se da continuidad a un embarazo no deseado, la evidencia reporta efectos negativos tanto para la madre como para el hijo/a. Los/as niños/as nacidos de un embarazo no deseado reciben menores cuidados, tanto alimenticios, como de afecto y atención, lo cual tiene impacto en su salud a largo plazo. Además, las mujeres a quienes se les niega el acceso a un aborto presentan síntomas de angustia y ansiedad con un impacto negativo en su salud mental y emocional (94,95)

Análisis de desigualdades en SSySR en Ecuador

Las desigualdades en salud no son las que per se deben motivar una respuesta pública, sino el hecho de que existe población en condiciones de pobreza, incapaz de satisfacer las necesidades que dichas desigualdades ameritan. Las limitaciones de recursos, atribuibles a la pobreza, representan barreras indi-

viduales, que al agregarse inciden en el crecimiento y desarrollo de los países. Pero, además, desde una perspectiva socio-política, es responsabilidad del Estado generar las condiciones que permitan asegurar a cada individuo el ejercicio de sus derechos, y la salud y el acceso a los medios para preservarla y/o recuperarla es un derecho. Por tanto, procurar los medios para mitigar las desigualdades en salud es una tarea social que compete a todos los Estados.

El abordaje de las desigualdades contribuye a identificar las brechas que afectan a la población en condiciones de desventaja socioeconómica para analizar en qué medida la pobreza incide en la situación de salud. Permite, además, identificar inequidades en el sentido que se han definido en la discusión internacional sobre la salud, esto es, desigualdades evitables e injustas en acceso y resultados. De forma tal, que diferencias en acceso y resultados asociados con la condición socioeconómica se catalogan como injustas y evitables con intervenciones de políticas públicas.

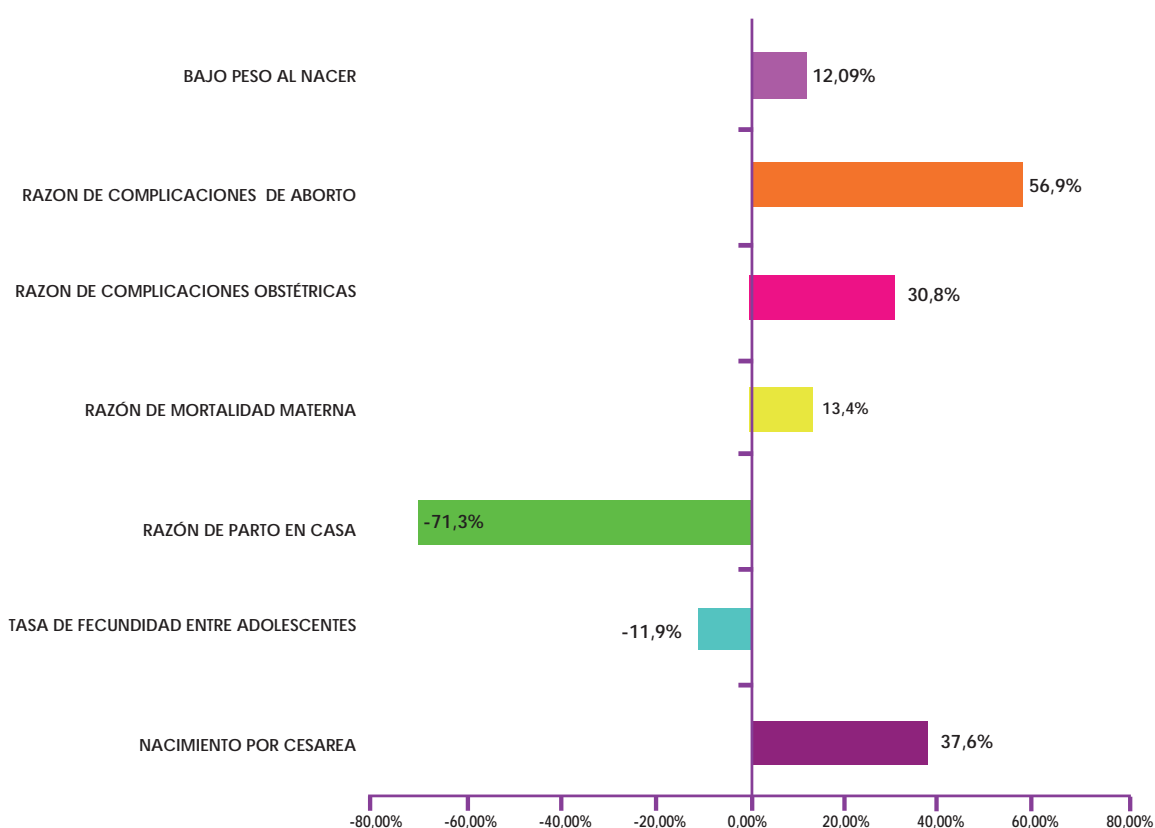
Como se planteó en la metodología, el análisis de desigualdades en indicadores de acceso y resultados de salud, considera la contrastación entre la población en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica con la que se encuentra en condiciones de menor vulnerabilidad socioeconómica. En este caso se consideró a la provincia como unidad de análisis y se estimó (u obtuvo) el porcentaje de la población que presentaba la condición socioeconómica utilizada como estratificador: 1) pobreza o 2) educación básica.

De esta forma, se integró una base de datos en la cual cada observación es una provincia, y los indicadores de acceso y resultados en salud, y los porcentajes de la población en pobreza o que no concluyeron la educación básica, fueron las variables analizadas. A partir de esta base de datos, para cada año y variable de estratificación socioeconómica, se ordenó a las provincias por los valores de la variable socioeconómica, formando 5 grupos de provincias (quintiles), y obteniendo el promedio ponderado por tamaño de población de cada variable de acceso o resultado de salud, para contrastar entonces el valor entre los quintiles extremos, lo que define la brecha absoluta, y la razón entre los dos quintiles extremos, lo que estima la brecha relativa. Adicionalmente, utilizando los valores de la variable socioeconómica (los porcentajes señalados por provincia), se estimó el índice de desigualdad de la pendiente, que se define como la diferencia en el indicador de acceso o resultado de salud que se presenta entre la provincia con mayor vulnerabilidad socioeconómica y la que presenta la menor vulnerabilidad socioeconómica. En ese sentido, los resultados que se presentan a continuación consideran en todo momento a la provincia como unidad de análisis, y el indicador socioeconómico como el porcentaje por provincia

que se encuentra en situación de pobreza, con la excepción de los indicadores de acceso a métodos anticonceptivos y de número de consultas prenatales, cuyos datos provienen de la ENSANUT 2012.

En la Figura 7 se muestran los cambios en los indicadores de SSySR analizados durante el periodo 2008-2015 a nivel nacional. Se observa que la fecundidad adolescente y los partos atendidos en casa descendieron en el periodo; por otro lado, los nacidos vivos con bajo peso, las complicaciones obstétricas, las complicaciones por aborto, la mortalidad materna, y los nacimientos por vía cesárea, se incrementaron entre 2008 y 2015.

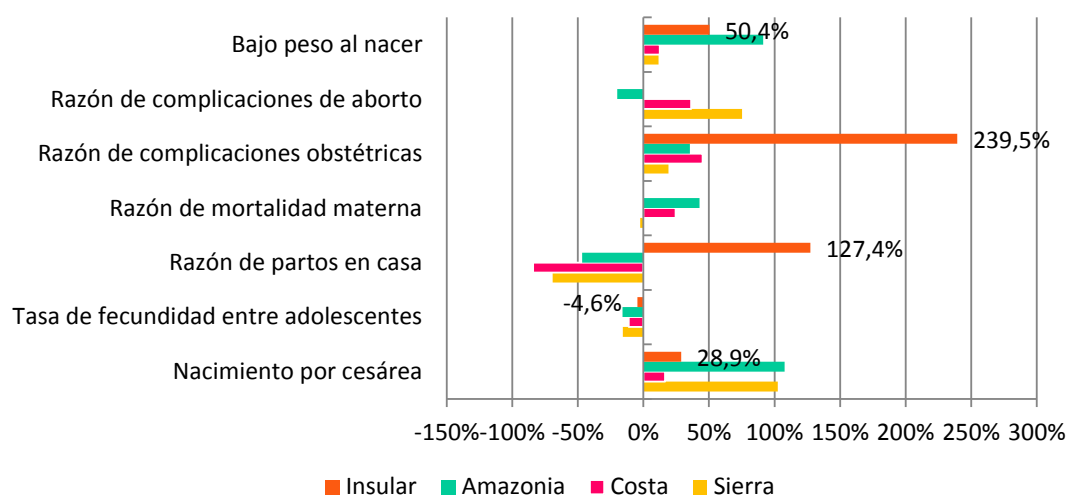
Figura 7. Indicadores de Salud sexual y reproductiva en Ecuador. Cambio porcentual en el periodo 2008-2015



Fuente: INEC, Bases de datos de mortalidad general, de nacidos vivos y de egresos hospitalarios, 2008-2015.

Al analizar por regiones (Figura 8), se observa que las variaciones en los indicadores se presentaron de manera diferenciada. Para el caso de los nacimientos por cesárea, la región Amazónica e Insular tuvieron los mayores incrementos del periodo, al contrario de la región Costa en la que se redujo el indicador. Respecto a los nacimientos de madres adolescentes, las regiones Sierra, Costa y Amazonía presentaron porcentajes de reducción similares, mientras que en la región insular el cambio en el indicador durante el periodo, fue más bajo.

Figura 8. Indicadores de SSR en Regiones de Ecuador. Cambio en el periodo 2008-2015.



Fuente: INEC, Bases de datos de mortalidad general, de nacidos vivos y de egresos hospitalarios, 2008-2015.

Las regiones Sierra y Costa, mostraron mayores decrementos en la razón de partos atendidos en casa, mientras que en la región Amazonía el cambio fue menor entre el año 2008 y 2015. Por su parte, en relación con la mortalidad materna, en la región Sierra se observa un decremento en la RMM, en tanto que la misma se incrementa para Costa y Amazonía entre 2008 y 2015. Las complicaciones obstétricas se incrementaron en las cuatro regiones. En relación con los nacimientos de bajo peso, aunque se observa que todas las provincias aumentaron porcentualmente el número de casos, la Amazonía tuvo el cambio menos pronunciado. Finalmente, en relación con las complicaciones asociadas al aborto, el cambio más significativo se dio en la región Sierra con un incremento de 75.3% en la razón de complicaciones por cada 100 000 nacidos vivos (NV).

Utilización de servicios de salud sexual y reproductiva

Acceso a métodos de anticoncepción

Para el acceso a métodos anticonceptivos se utilizó la información proveniente de la ENSANUT 2012, que por su representatividad únicamente permite generar estimaciones para el país. El Cuadro 16 presenta información obtenida a partir de la ENSANUT-2012, en la que se observa que entre los quintiles socioeconómicos extremos (más y menos pobres) se presentan diferencias en el acceso a servicios de planificación familiar y que estas diferencias existen tanto para las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años casadas o unidas, como para aquellas que no lo están pero que se declaran sexualmente activas. Se observa que para

ambos grupos la diferencia es cercana al 10%. De acuerdo con ENSANUT, el porcentaje de mujeres más pobres casadas o unidas que tiene acceso a servicios de planificación es del 74.1%, mientras que para las menos pobres en esa misma condición de pareja es de 84%. En ese sentido, la desigualdad en este indicador medida a través de la brecha absoluta es de 9.9 puntos porcentuales, con una brecha relativa de 1.13. Para el caso de las mujeres no casadas o unidas pero sexualmente activas, se observa una brecha absoluta de 7.2 puntos porcentuales, que resulta de un acceso de 69.1% en el quintil más pobre en comparación con el quintil de mayor riqueza en donde es de 76.3%.

Cuadro 16. Brechas de desigualdad absoluta y relativa en acceso a servicios de planificación familiar, diferencias entre quintiles más y menos pobres, Ecuador, 2012

	Casadas o unidas 15-49 años	No casadas o unidas "sexualmente activas" 15-49 años
Brecha absoluta	-9.9	-7.2
Brecha relativa	1.13	1.10

Fuente: ENSANUT 2012.

Consultas prenatales

Como indicador de calidad de la atención en servicios de SSR, se consideró el número de consultas prenatales que reciben las mujeres durante el embarazo; en particular, se considera el porcentaje de mujeres que tuvieron 5 o más consultas prenatales durante el embarazo más reciente.. Como se observa en el Cuadro 17, a partir de la información de la ENSANUT 2012 también, la brecha absoluta en este indicador es de 27.4 puntos porcentuales entre el quintil de mayor riqueza y el quintil más pobre.

Cuadro 17. Brechas de desigualdad absoluta y relativa en acceso a 5 o más consultas de pre natales, diferencias entre quintiles más y menos pobres, Ecuador, periodo 2007-2012

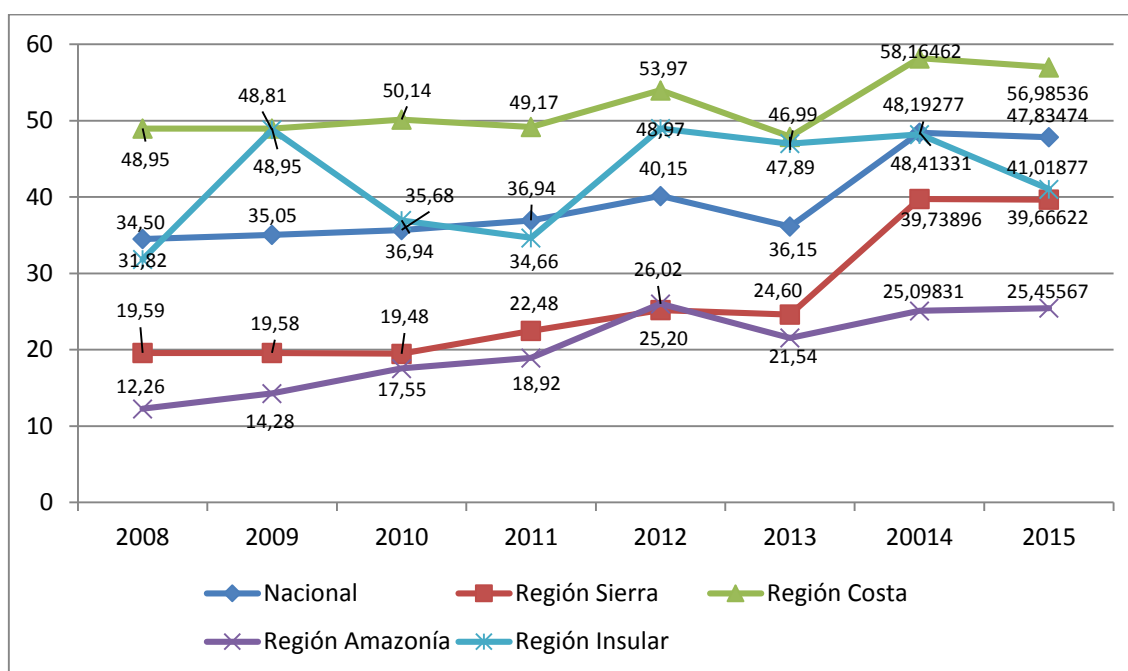
	Periodo 2007-2012 Acceso a consultas prenatales (5 o más consultas), nacidos entre julio 2007 y julio 2012)
Brecha absoluta	-27.4
Brecha relativa	0.70

Fuente: ENSANUT 2012.

Nacimientos por cesárea

A nivel nacional durante el periodo analizado, más de 30% de los nacimientos se realizaron a través de cesárea (Figura 9), llegando en 2015 a 47.83% de todos los nacimientos. Las regiones Sierra y Amazonía, presentaron porcentajes menores al promedio nacional; sin embargo la tendencia en la utilización de cesárea ha ido en aumento en el país de forma general. Como se mostrará en general para todos los indicadores, debido al menos tamaño de población, las fluctuaciones en la región Insular son mayores, mostrando cambios de magnitud importante entre años. En la región Costa el nacimiento por cesárea llega a 56.99% para 2015, en tanto que para ese mismo año era 25.46% en la región Amazonia.

Figura 9. Porcentaje de nacimientos por cesárea a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015.



Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008-2015.

El Cuadro 18 muestra de forma resumida los resultados de los análisis de desigualdad con relación a las cesáreas para 2009 y 2015, y para los 4 estratificadores socioeconómicos considerados. Como se puede observar, tanto para 2009 como para 2015, el signo de las brechas estimadas es relativamente consistentes, si bien las magnitudes son variables de acuerdo al estratificador que se utilice. Se observan diferencias en la brecha en 2009 medida por pobreza multidimensional, y en la brecha por NBI en 2015. Considerando pobreza multidimensional, en tanto que para 2009 la brecha que implicaba un porcentaje mayor de

cesáreas en las provincias con menor pobreza era 7.18 puntos porcentuales, la misma se incrementa a 27.02 puntos porcentuales para 2015. Resalta que para este indicador, la relación entre los estratificadores y el indicador no resulta significativa en la estimación de IDP.

Cuadro 18. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en Nacimientos por cesárea, 2008/9-2015

	Pobreza multidimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Brecha absoluta	7.18	27.02	-27.22	-9.17	-7.04	25.88	-9.86	4.20
Brecha relativa	1.23	2.05	0.48	0.83	0.84	1.97	0.79	1.09
Índice de desigualdad de la pendiente	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008/9-2015.

La Figura 10 muestra la evolución socioeconómica tomando como base la pobreza multidimensional estimada por el INEC y el cambio en el porcentaje de cesáreas de las provincias de Ecuador para los años 2009 y 2015. De acuerdo con los datos, se observa que Bolívar se mantuvo entre las provincias más pobres de Ecuador y presentó un incremento de 51% en el porcentaje de nacimientos por medio de cesárea.

Por otro lado, la región de la Amazonía se presenta dividida ya por provincias en 2015, mostrando las diferencias al interior de la misma. Los mayores incrementos en cesáreas ocurrieron en Carchi, Cañar y Chimborazo, con incrementos de 332%, 243%, y 172%, respectivamente.

Figura 10. Transición socioeconómica y de porcentaje de cesáreas por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

% Cesáreas		% Cesáreas		% Cambio
19.27	Bolívar	28.16	Chimborazo	172%
45.56	Los Ríos	29.18	Bolívar	51%
14.28	Amazonía	18.69	Morona Santiago	
		24.01	Pastaza	
59.2	Manabí	22.87	Orellana	
15.27	Esmeraldas	37.34	Sucumbios	
23.83	Cotopaxi	21.98	Napo	
		60.50	Los Ríos	33%
		32.90	Esmeraldas	115%
10.78	Cañar	28.93	Cotopaxi	21%

10.34	Chimborazo	Manabi	59.27	0%
30.61	Loja	Zamora Chinchipe	24.31	
		Santa Elena	48.26	
		Santo Domingo	51.16	
7.53	Carchi	Carchi	32.55	332%
14.72	Imbabura	Loja	37.41	22%
32.93	Tungurahua	Cañar	37.03	243%
		Tungurahua	49.56	51%
		Imbabura	30.22	105%
50.87	Guayas	Guayas	60.06	18%
51.72	El Oro	Azuay	41.38	124%
18.46	Azuay	El Oro	57.95	12%
18.14	Pichincha	Galápagos	41.02	
		Pichincha	43.97	142%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de datos de Nacidos Vivos 2009 y 2013.

En la Figura 11 se presenta el diagrama de desigualdad considerando como estratificador a la pobreza multidimensional, y permite observar de forma gráfica el incremento señalado en la brecha absoluta en el porcentaje de nacimientos por cesárea. Es importante resaltar que el resultado implica que el uso de la cesárea es mayor entre las mujeres en las provincias con menor pobreza; esto es, la brecha de desigualdad en este caso implica un resultado desfavorable para la población en mejor situación socioeconómica. Asimismo se observa que para las mujeres en las provincias con mayor porcentaje de pobreza se redujo el uso de cesárea, en tanto que lo contrario ocurre para los otros 4 grupos de provincias, y en particular para las provincias con menor pobreza.

Figura 11. Brechas de desigualdad en porcentaje de cesáreas por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.



Fuente: INEC y Base de datos de Nacidos Vivos 2009 y 2015.

Riesgos para la salud

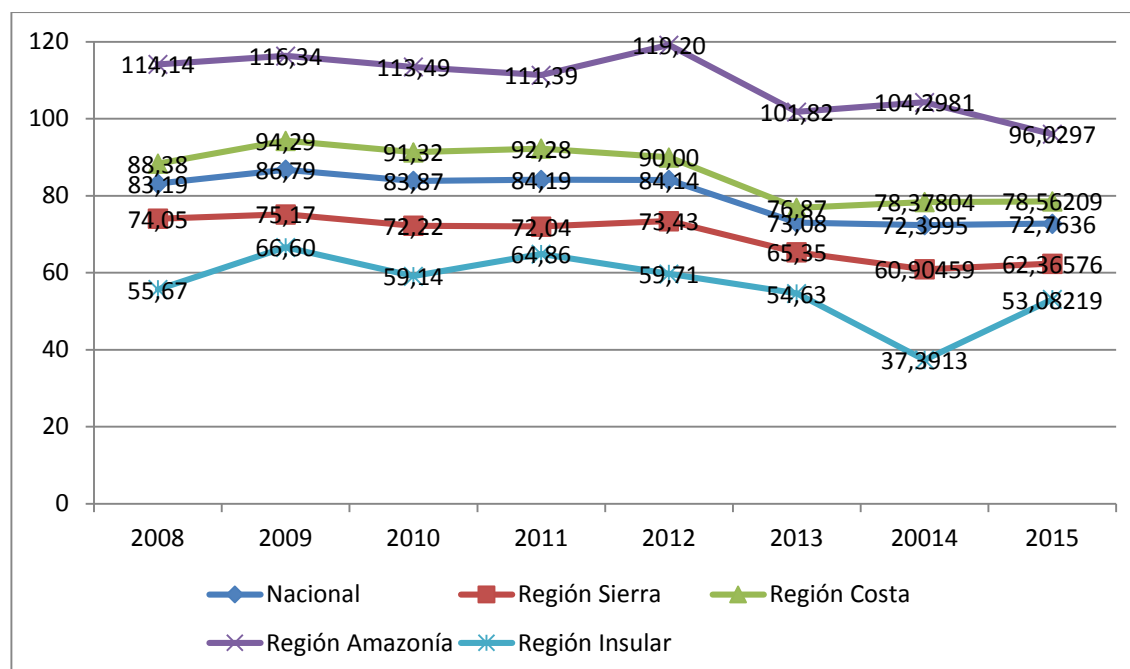
Se consideraron como riesgos para la SSySR el embarazo adolescente y el parto en casa.

Embarazo en adolescentes

La tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años) en Ecuador presentó una reducción del 12.5% en el periodo de siete años analizados. Como se observa en la Figura 12, a nivel nacional, pasó de 83.19 por cada 1 000 mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 19 años a 72.76. Por regiones, los mayores decrementos se observan en las regiones Sierra y Amazonia, con 15.8% y 15.9%, respectivamente.

A pesar de presentar una reducción superior a la nacional en el periodo, es en la región Amazonia en la que se presenta la mayor fecundidad en adolescentes, llegando a una tasa de 96.03 en 2015, lo que resulta 30% superior al promedio nacional. Por el contrario, en la región Insular se observa la menor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 53.08 en 2015.

Figura 12 . Tasa de fecundidad en adolescentes a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015.



Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008-2015

El embarazo en la adolescencia ocurre con mayor probabilidad en la población en las provincias con mayor porcentaje de pobreza independientemente del indicador que se utilice para medirla. Como se observa en el Cuadro 19,

que resume el análisis de la desigualdad, las brechas son en todos los casos negativas (menores en las provincias con menor porcentaje de pobreza), si bien con magnitudes diferentes.

De forma consistente, el índice de pobreza (IDP) identifica asimismo la diferencia en la probabilidad de embarazo adolescente entre las zonas con mayor y menor pobreza, e igualmente que esta diferencia se reduce en el periodo. Esta información indica que para este indicador la desigualdad se redujo en el país en el sentido deseado, si bien sigue representando una diferencia importante entre provincias. Considerando el indicador de pobreza multidimensional, para 2015 se observa una diferencia en la tasa de fecundidad en la adolescencia de 21.77 embarazos por cada mil mujeres entre las provincias con menor y con mayor pobreza, si bien esta cifra es cerca de la mitad de la diferencia observada en 2009 de 41.16.

Cuadro 19. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en Tasa de fecundidad adolescente, 2008/9-2015

	Pobreza multi-dimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Brecha absoluta	-33.87	-7.61	-25.94	-19.40	-23.31	-16.41	-18.16	-5.15
Brecha relativa	0.70	0.90	0.74	0.77	0.76	0.81	0.80	0.93
Índice de desigualdad de la pendiente	-41.16	-21.77	-33.04	-24.73	-29.98	-24.46	-24.98	NS

Fuente: INEC, Base de Nacidos Vivos 2008/9-2015.

En la Figura 13 se observa que, al emplear el estratificador de Pobreza multidimensional, la estructura de movilidad socioeconómica es la misma que la observada en el Cuadro 19. Observamos que para todas las provincias, independientemente del quintil de pobreza en que se ubicaron, la tasa de fecundidad en adolescentes se redujo en un rango del 9% a 42%. Se destaca de este cuadro que en los quintiles intermedios (Q3 y Q4) se ubicaron las provincias con mayor descenso en la tasa de fecundidad adolescente, siendo éstas Cotopaxi (-41%) y Manabí (-31%).

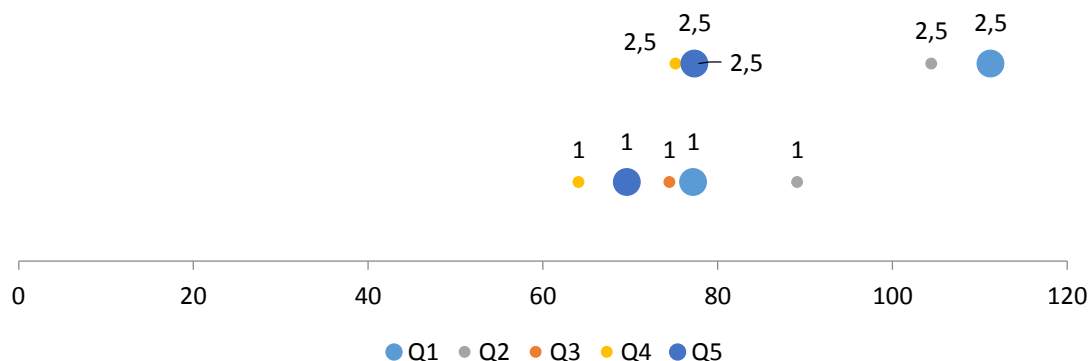
Figura 13. Transición socioeconómica y de tasa de fecundidad adolescente por provincias de Ecuador 2009 y 2015 según pobreza multidimensional.

TEF 15_19		TEF 15_19	% Cambio
89.63	Bolívar	70.04	-9%
111.41	Los Ríos	71.57	-20%
116.34	Amazonía	96.74	
		Pastaza	87.14
108.29	Manabí	105.26	
108.88	Esmeraldas	99.72	
86.28	Cotopaxi	98.12	
		Los Ríos	92.15
		Esmeraldas	75.45
81.52	Cañar	50.30	-42%
77.3	Chimborazo	74.25	-31%
76.25	Loja	81.80	
		Santa Elena	79.90
		Santo Domingo	95.23
77.38	Carchi	59.18	-24%
75.85	Imbabura	57.86	-24%
73.97	Tungurahua	76.37	-6%
		Tungurahua	66.26
		Imbabura	63.00
81.81	Guayas	75.59	-8%
92.09	El Oro	66.03	-2%
67.61	Azuay	79.21	-14%
70.43	Pichincha	53.08	
		Galápagos	53.08
		Pichincha	59.95
			-15%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de datos de Nacidos Vivos 2009 y 2013.

La Figura 14 presenta de forma gráfica la brecha absoluta para 2009 y 2015 en la tasa de fecundidad entre adolescentes utilizando como estratificador a la pobreza multidimensional. Como se señaló, en esta figura se puede observar tanto la reducción en los cinco quintiles de provincias en la fecundidad adolescente, como el cierre de la brecha entre las provincias con menor y con mayor porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional. Destaca también que la fecundidad que se observa en 2015 en las provincias con mayor pobreza es equivalente a la observada en las poblaciones con menor pobreza seis años antes, en 2009, lo que también es una medida del rezago.

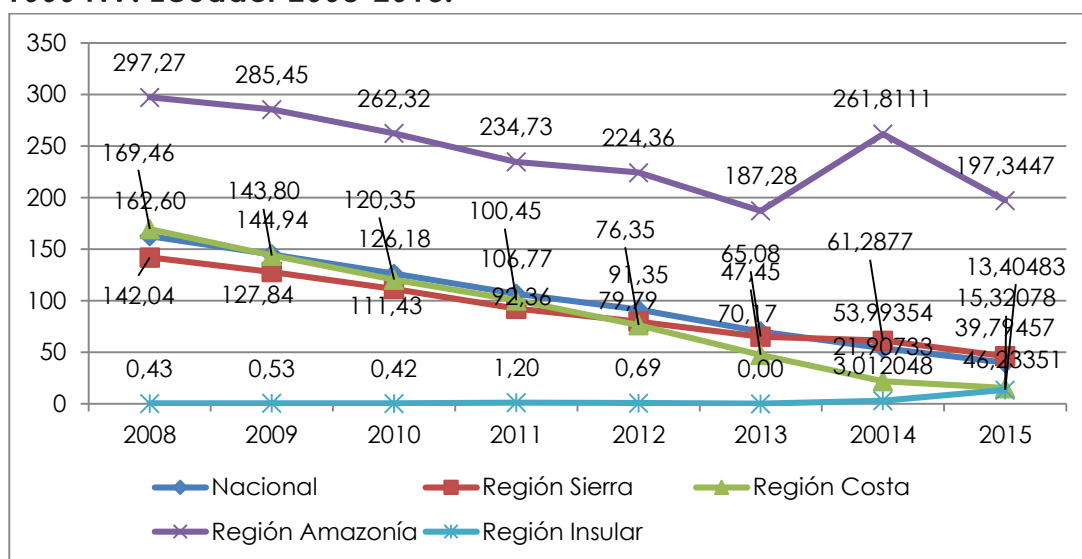
Figura 14. Brechas de desigualdad en tasas de fecundidad adolescente por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015.



Fuente: INEC, Base de nacidos vivos, Ecuador 2009-2015.

En la Figura 15 se muestra que los nacimientos en casa se redujeron de manera sostenida y en una magnitud muy importante en el periodo analizado. A nivel nacional está reducción fue de 75.5% al pasar de 162.6 nacimientos en casa por cada 1 000 nacidos vivos (NV), a 39.8. La mayor reducción se observa en la región Costa, que pasó de 169.5 a 15.3 nacimientos en casa por cada 1,000 NV. En contraste, la menor reducción se presentó en la región Amazonia que pasó de 297.3 a 197.3 nacidos en casa por cada 1,000 NV entre 2008 y 2015, lo cual es un muy importante avance, si bien sigue siendo esta la región con mayor rezago.

Figura 15. Razón de nacimientos en casa a nivel nacional y regional por cada 1000 NV. Ecuador 2008-2015.



Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008-2015.

En el Cuadro 20 se presenta de forma resumida el análisis de desigualdad para el indicador de razón partos atendidos en casa. La ampliación de acceso a servicios de salud por parte de la población se esperaría se ve reflejada en la reducción general que se señaló previamente en esta indicador. Acciones dirigidas hacia los grupos más vulnerables se esperan ver reflejadas en un cierre en las brechas entre grupos. En este indicador relacionado fuertemente con el acceso a servicios se observa de forma general una reducción en las brechas (tanto absoluta como relativa), así como en el IDP. Esto es, la mejora observada en el indicador de forma general ocurre de forma simultánea a una reducción en las brechas que implica que la reducción se ha dado de forma más importante en la población en las provincias con mayor pobreza.

Como se observa en el Cuadro 21, independientemente del indicador socioeconómico que se utilice, existe una reducción en la desigualdad entre 2009 y 2015, si bien esta reducción es menor cuando se considera como estratificador a la pobreza multidimensional.

De forma equivalente se observa una reducción en el IDP en el periodo para tres de cuatro estratificadores socioeconómicos. Es importante señalar que si bien se observa una reducción en la desigualdad, la misma persiste en el periodo, lo que sugiere la relevancia de fortalecer acciones para asegurar un acceso universal a servicios de salud.

Cuadro 21. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en partos atendidos en casa, 2008/9-2015

	Pobreza multi-dimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Brecha absoluta	-211.06	-184.4	-88.99	-27.8	-160.91	-135.2	-142.6	-43.2
Brecha relativa	0.17	0.06	0.44	0.41	0.24	0.08	0.27	0.21
Índice de desigualdad de la pendiente	-237.8	-114.6	-204.5	NS	-316.2	-193.2	-259.4	-77.5

Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008/09 y 2015.

La Figura 16 deja ver que, en general, la reducción de la razón de nacimientos en casa ocurre en todas las provincias en un orden del 47% a 90%. Es notable, como ya se observó antes, que la región de la Amazonía tuvo a lo largo del periodo la mayor proporción de nacimientos en casa y su reducción en el periodo fue la más baja. Los cambios más amplios se dieron en provincias de los

quintiles menos pobres.

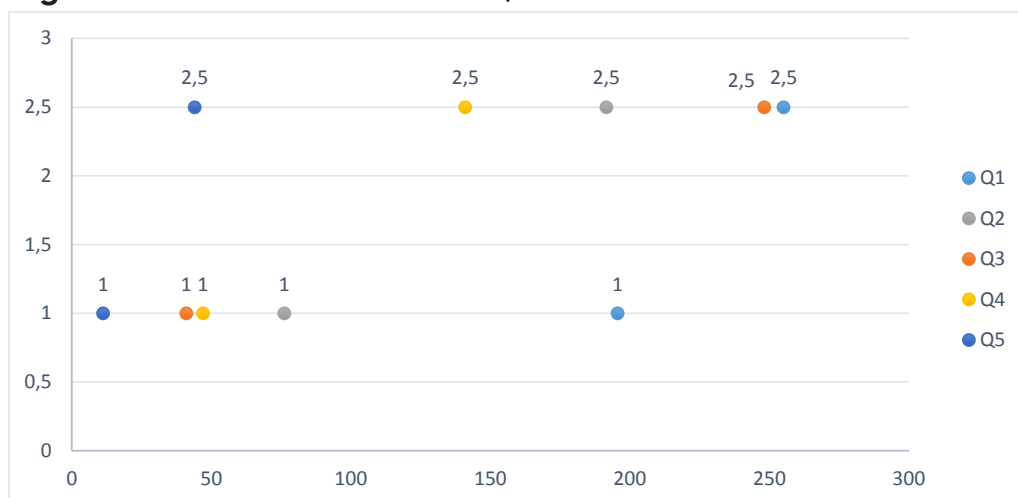
Figura 16. Transición socioeconómica y de razón de nacimientos en casa (RNC) por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

RNC		RNC	% Cambio	
364.28	Bolívar	Chimborazo	169.49	-51%
115.63	Los Ríos	Bolívar	152.18	-58%
359.48	Amazonía	Morona Santiago	265.68	
		Pastaza	227.69	
127.85	Manabí	Orellana	222.87	
270.41	Esmeraldas	Sucumbios	143.83	
274.33	Cotopaxi	Napo	161.49	
		Los Ríos	11.83	-90%
		Esmeraldas	65.97	-76%
119.03	Cañar	Cotopaxi	101.50	-63%
343.75	Chimborazo	Manabí	25.38	-80%
215.15	Loja	Zamora Chinchipe	141.30	
		Santa Elena	23.26	
		Santo Domingo	22.18	
94.38	Carchi	Carchi	50.19	-47%
192.52	Imbabura	Loja	48.94	-77%
106.7	Tungurahua	Cañar	41.94	-65%
		Tungurahua	33.69	-68%
		Imbabura	63.40	-67%
30.91	Guayas	Guayas	5.82	-81%
29.63	El Oro	Azuay	36.93	-66%
107.49	Azuay	El Oro	6.98	-76%
49.16	Pichincha	Galápagos	13.40	
		Pichincha	12.87	-74%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de datos de Nacidos Vivos 2009 y 2015.

La Figura 17, permite mostrar de forma gráfica la reducción general en el indicador de razón de partos atendidos en casa para el periodo 2009 a 2015 considerando el estratificador de pobreza multidimensional, y la reducción en las brechas de desigualdad, si bien como se mencionó, las mismas persisten, y siguen mostrando una diferencia importante en la probabilidad de partos en casa en función de la condición socioeconómica.

Figura 17. Brechas de desigualdad en razón de nacimientos en casa por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008-2015.

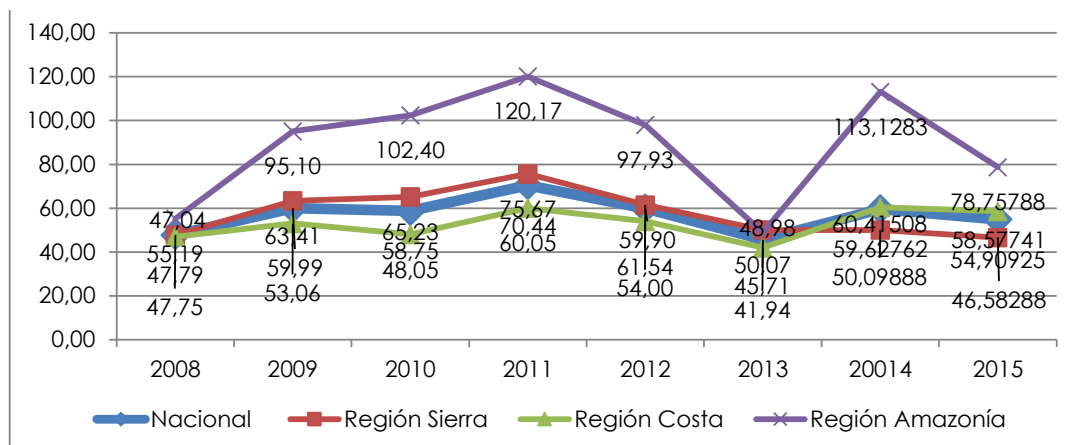
Daños en salud

Se analizan la muerte materna, las complicaciones obstétricas, los/as nacidos/as con bajo peso y las complicaciones del aborto.

Muerte materna

La Figura 18 muestra que en el periodo 2008-2015, las muertes maternas se incrementaron para el promedio nacional y para las regiones con excepción de la Sierra, a pesar de haberse logrado una reducción en 2013. El incremento para el país entre 2008 y 2015 es de 14.8%, al pasar la RMM de 47.79 a 54.90. Por regiones, para la Sierra, en el periodo hay una reducción de 2.4%, al pasar de 47.75 a 46.58, en tanto que el mayor incremento se observa en la Amazonia, que pasa de 55.19 en 2008 a una RMM de 78.76 en 2015, un incremento de 42.7%. La región Insular no contó con casos registrados de muerte materna en la base de mortalidad general a partir de la cual se obtuvieron estos datos.

Figura 18. Razón de muerte materna a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015



Fuente: INEC, Base de datos de Mortalidad General 2008-2015.

Los resultados presentados en el Cuadro 22, referentes a la mortalidad materna en Ecuador, indican que para tres de los cuatro estratificadores (pobreza multidimensional, pobreza por NBI, y pobreza por educación), la desigualdad se ha incrementado en el periodo 2009 a 2015. La brecha absoluta para, por ejemplo, la pobreza multidimensional pasa de -39.3 a -46.7, lo que representa la diferencia en la razón entre las provincias en el quintil de menor pobreza y las provincias en el quintil de mayor pobreza.

En el análisis de gradiente a partir del IDP, de forma consistente se observa un incremento en el mismo entre 2009 y 2015, lo que indica que la diferencia en la razón de mortalidad materna entre la provincia con mayor pobreza y la provincia con menor pobreza se ha incrementado. En conjunto, esta información señala la relevancia de focalizar acciones que incidan en la mortalidad materna hacia aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Cuadro 22. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en muerte materna, 2008-2015

	Pobreza multi-dimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Brecha absoluta	-39.30	-46.7	-19.72	-32.8	-30.14	-82.0	-29.7	-18.9
Brecha relativa	0.53	0.48	0.68	0.57	0.54	0.34	0.53	0.69
Índice de desigualdad de la pendiente	-45.3	-61.2	-26.6	-51.0	-47.9	-88.5	-47.6	-36.5

Fuente: INEC, Base de datos de Mortalidad General 2008/09 y 2015.

En la Figura 19 se muestra que, si bien hubo provincias con importantes reducciones en la razón de muertes maternas al comparar las cifras del primer y del último año de análisis, hay también provincias con incrementos importantes, lo que explica el incremento general. Sin embargo, la comparación de muerte materna en este periodo debe tener una lectura cuidadosa ya que se considera que luego de la estrategia de búsqueda activa de muerte materna en el año 2009, las cifras tuvieron un incremento que en los años subsiguientes fue reduciéndose.

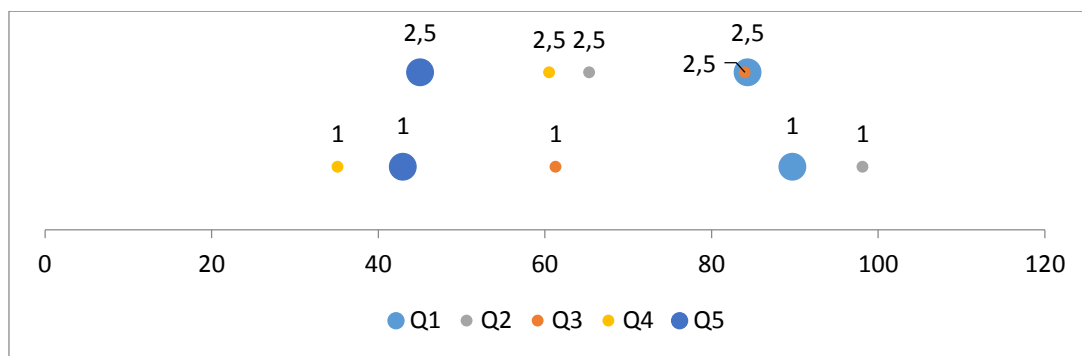
Figura 19. Transición socioeconómica y de razón de muerte materna por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

RMM		RMM	% Cambio	
161.45	Bolívar	Chimborazo	75.33	-35%
53.94	Los Ríos	Bolívar	104.71	-35%
95.1	Amazonía	Morona Santiago	105.43	
		Pastaza	95.47	
61.48	Manabí	Orellana	87.29	
76.66	Esmeraldas	Sucumbios	24.42	
61.31	Cotopaxi	Napo	115.08	
		Los Ríos	85.03	58%
		Esmeraldas	149.45	95%
70.22	Cañar	Cotopaxi	78.78	28%
115.05	Chimborazo	Manabí	74.02	20%
57.76	Loja	Zamora Chinchipe	57.21	
		Santa Elena	33.23	
		Santo Domingo	33.44	
142.57	Carchi	Carchi	0.00	-100%
28.78	Imbabura	Loja	38.54	-33%
64.56	Tungurahua	Cañar	46.08	-34%
		Tungurahua	54.69	-15%
		Imbabura	13.52	-53%
41.13	Guayas	Guayas	45.30	10%
36.66	El Oro	Azuay	50.49	-37%
80.64	Azuay	El Oro	35.33	-4%
42.41	Pichincha	Galápagos	0.00	
		Pichincha	39.56	-7%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de mortalidad general 2009 y 2015.

De acuerdo con lo observado en la Figura 20, la cual presenta de forma gráfica la brecha absoluta a partir de la pobreza multidimensional como estratificador, en tanto que en el grupo de provincias con menor porcentaje de pobreza disminuyó la razón de mortalidad materna, el resultado contrario se observa en las provincias con mayor pobreza, en las cuales se incrementó la RMM entre 2009 y 2015.

Figura 20. Brechas de desigualdad en razón de muerte materna por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



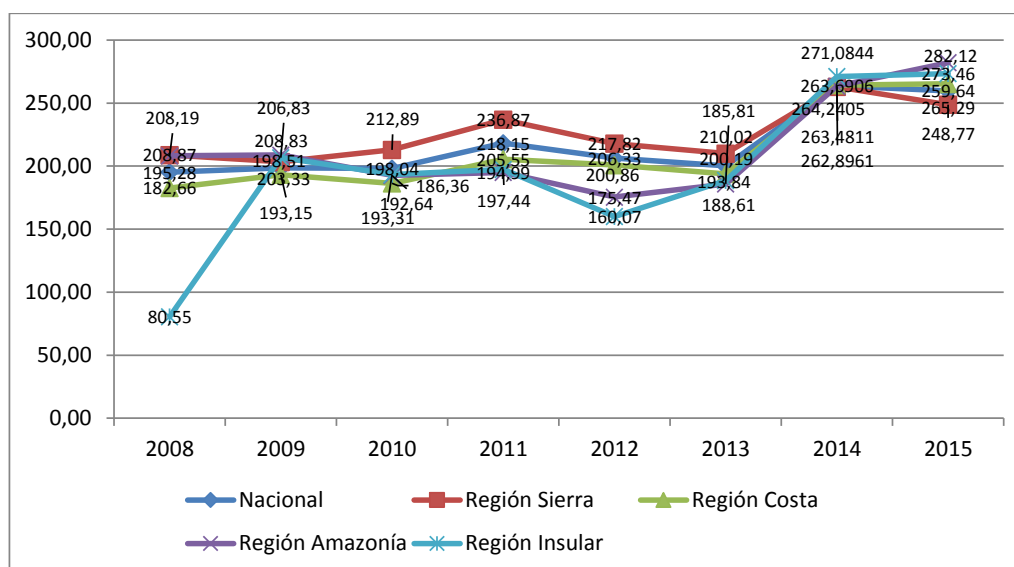
Fuente: INEC, Base de datos de mortalidad general 2008-2015.

Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas que comprende este apartado, son aquellas relacionadas con aborto, así como trastornos hipertensivos, hemorragias, sepsis, partos obstruidos y cesáreas de emergencia. La Figura 21 muestra que a nivel nacional, para el 2015, se presentaron 259.64 casos de complicaciones obstétricas por cada 1 000 NV, cifra que representa un incremento de 32.9% con relación a la observada en 2008 de 195.28 por cada 1 000 NV.

Al analizar por regiones, es en la Amazonia en donde para 2015 se presentaron en mayor medida las complicaciones, con una razón de 265.29 por cada 1 000 NV, lo que representa un incremento de 45.2% con relación a 2008; por su parte, en la Sierra se observaron 248.77 complicaciones por cada 1 000 NV en 2015, lo que ubica a esta región como la de menor reporte de complicaciones, si bien esta cifra es 19.1% mayor a la registrada en 2008.

Figura 21. Complicaciones obstétricas a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015



Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008-2015.

En relación al análisis de desigualdades para este indicador, los resultados muestran una mayor presencia de complicaciones obstétricas en las provincias con menor porcentaje de población en pobreza en 2009, situación que se invierte para 2015, cuando son las provincias con mayor población en pobreza las que presentan las cifras mayores, y en ese sentido, la brecha pasa de ser positiva en 2009 a negativa en 2015 para tres de los cuatro estratificadores analizados. No obstante, el IDP resulta no significativo en 2015 para los cuatro estratificadores, lo que sugiere posibles limitaciones con relación a la información (ver Cuadro 23). No obstante, el análisis de brechas es consistente con lo observado para la RMM, lo que sugiere que se han incrementado los retos en salud materna en las provincias con mayor pobreza, al menos de forma relativa a lo que ocurre con las provincias de menor pobreza. En este caso, lo que ocurre es un escenario no deseable, en el sentido que empeora en lo general el indicador, con un incremento en la brecha que afecta a la población más vulnerable.

Cuadro 23. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en razón de complicaciones obstétricas, 2008/09-2015

	Pobreza multidimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Brecha absoluta	56.11	-28.7	79.91	19.39	64.23	-32.5	65.8	-2.97
Brecha relativa	1.32	0.90	1.53	1.08	1.41	0.89	1.42	0.99
Índice de desigualdad de la pendiente	104.8	NS	81.4	NS	78.9	NS	86.3	NS

Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008/09-2015.

Al revisar los resultados por provincia se observa la existencia de heterogeneidad, si bien se observan incrementos de magnitud muy importante para varias provincias (Figura 22).

Figura 22. Transición socioeconómica y de razón de complicaciones obstétricas (CO) por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

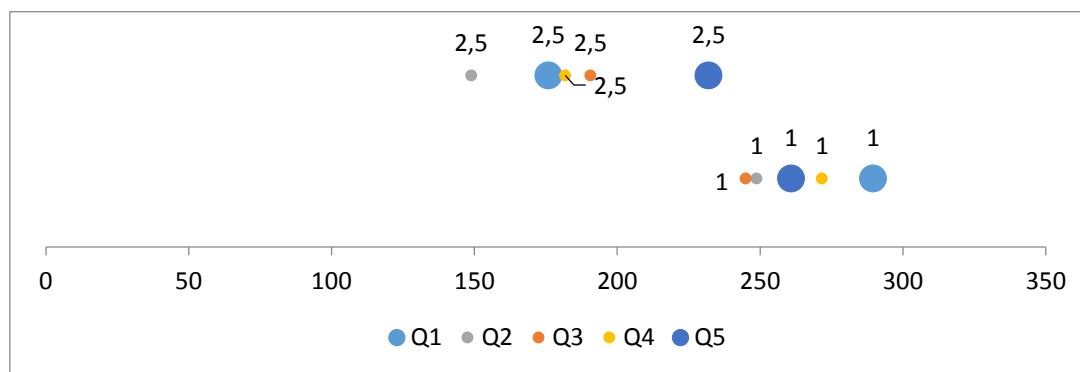
CO	CO	% Cambio
123.51 Bolívar	262.27	86%
153.05 Los Ríos	219.90	78%
208.83 Amazonía	375.59	
	332.70	
142.75 Manabí	181.55	
177.85 Esmeraldas	302.32	

127.79	Cotopaxi	Napo	218.26	
		Los Ríos	206.63	35%
		Esmeraldas	322.05	81%
259.3	Cañar	Cotopaxi	240.15	88%
140.99	Chimborazo	Manabi	245.79	72%
207.16	Loja	Zamora Chinchipe	264.30	
		Santa Elena	238.95	
		Santo Domingo	247.35	
245.79	Carchi	Carchi	291.26	18%
164.03	Imbabura	Loja	287.35	39%
178.27	Tungurahua	Cañar	365.21	41%
		Tungurahua	275.00	54%
		Imbabura	189.38	15%
230.2	Guayas	Guayas	273.25	19%
209.14	El Oro	Azuay	249.80	12%
223.73	Azuay	El Oro	309.51	48%
243.6	Pichincha	Galápagos	273.46	
		Pichincha	234.38	-4%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de egresos hospitalarios 2009 y 2015.

La Figura 23 muestra gráficamente la brecha absoluta en la razón de complicaciones obstétricas considerando como estratificador a la pobreza multidimensional. Se observa lo señalado previamente, tanto un incremento general, como el traslado del grupo de provincias con mayor porcentaje de población en pobreza de un valor menor de complicaciones con relación a las provincias con menor porcentaje de pobreza en 2009, al escenario opuesto en 2015, en donde las provincias con mayor pobreza son asimismo las que reportan en mayor medida complicaciones obstétricas.

Figura 23. Brechas de desigualdad en razón de complicaciones obstétricas por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015

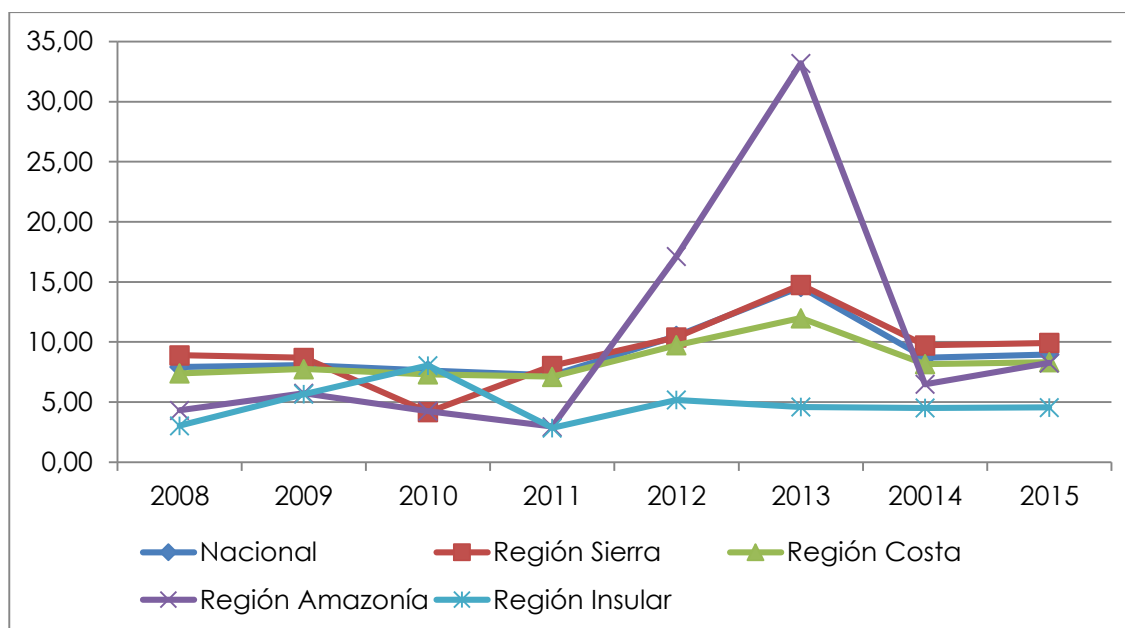


Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008-2015.

Nacidos/as vivos con bajo peso

Los datos de nacidos/as con peso inferior a 2,500 gramos se obtuvieron a partir de las bases de Nacidos Vivos disponibles en el INEC. Durante el análisis se observó que en los casos en los que el nacimiento se había registrado en casa, la probabilidad de no contar con el dato de peso al nacer era más alta, mientras que al irse reduciendo la frecuencia de nacimientos en casa, el reporte de peso al nacer incrementaba, situación que fue más evidente a partir del año 2011; debido a este sub-registro, los datos a partir de 2011 pueden considerarse como con mayor precisión. En la Figura 24 se observa que al inicio del periodo, a nivel nacional se reportaba 7.93% de nacidos vivos con peso <2,500 gr, cifra que casi se duplica para 2013 (14.59%), y finalmente baja a 8.96% para 2015. En ese sentido, entre 2008 y 2015 se observó un incremento de 13% en este indicador a nivel país, en tanto que para la Amazonia este incremento fue de 91%, lo que puede reflejar el aspecto señalado con relación al sub-registro en los años previos. Es en la región Sierra en la que se observa el menor incremento (11.4%), si bien el mismo es muy cercano al observado para el Ecuador en su conjunto.

Figura 24. Nacidos vivos con bajo peso a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015



Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008-2015.

La información que se presenta en el Cuadro 23 ofrece un resumen de la situación de desigualdad con relación al porcentaje de nacidos vivos con bajo peso. Los resultados muestran una situación relativamente estable y sin cambios importantes entre 2009 y 2015, con una mayor probabilidad de peso bajo de forma consistente en las provincias con menor porcentaje de población en pobre-

za. Consistentemente, el valor del IDP se mantiene relativamente constante entre 2009 y 2015 para los cuatro estratificadores analizados. Este resultado sugiere mejores sistemas de información para este indicador en las provincias de menor porcentaje de población en pobreza, considerando que no hay elementos que pudiesen sustentar cifras mayores de bajo peso en lugares de menor pobreza.

Cuadro 24. Mediciones de desigualdad absoluta, relativa e índice de desigualdad en porcentaje de nacidos con bajo peso, 2008/09-2015

	Pobreza multidimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Brecha absoluta	2.84	2.6	3.02	3.06	3.19	3.01	2.44	2.24
Brecha relativa	1.45	1.34	1.49	1.43	1.54	1.43	1.35	1.28
Índice de desigualdad de la pendiente	4.12	4.29	4.39	3.98	5.13	4.86	4.60	4.14

Fuente: INEC, Base de datos de Nacidos Vivos 2008/09-2015.

La notificación de nacidos vivos con bajo peso incrementó en la mayoría de las provincias, situación que puede guardar relación con mejoras en el registro (llama la atención que este incremento ocurra a la par de la reducción de partos en casa, mismos en los que la probabilidad de contar con un registro del nacido, era menor). El incremento general puede explicarse por la mejor notificación, y eso se refuerza con los incrementos que ocurren en las provincias del quintil de menor pobreza. El análisis gráfico se reporta en la Figura 25.

Figura 25. Transición socioeconómica y de porcentaje de nacidos con bajo peso por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

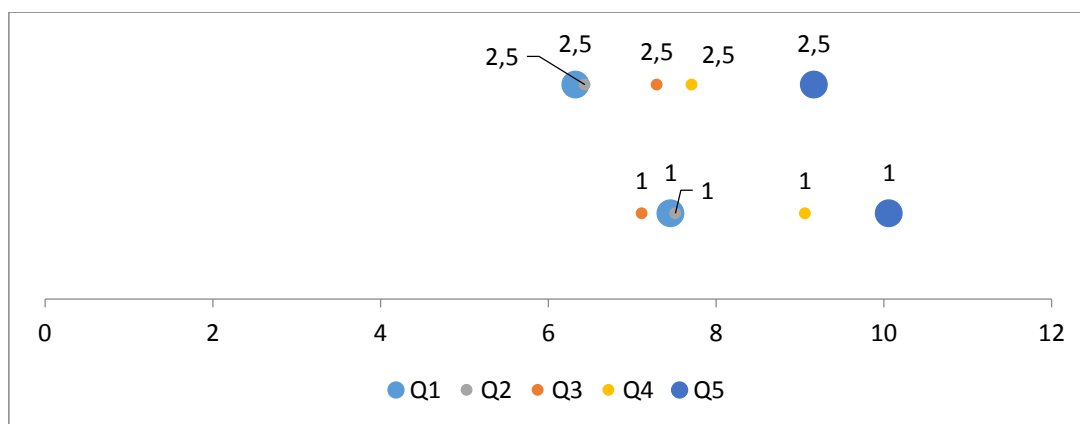
% Nac bajo peso		% Nac bajo peso		% Cambio
8.98	Bolívar	8.06	Chimborazo	13%
6.37	Los Ríos	7.68	Bolívar	-14%
5.74	Amazonía	6.17	Morona Santiago	
		7.21	Pastaza	
6.51	Manabí	6.20	Orellana	
5.04	Esmeraldas	13.24	Sucumbios	
7.76	Cotopaxi	9.55	Napo	
		6.13	Los Ríos	-4%

8.13	Cañar	Esmeraldas	7.02	39%
7.14	Chimborazo	Cotopaxi	7.87	1%
7.02	Loja	Manabi	6.87	6%
		Zamora Chinchipe	4.52	
		Santa Elena	9.60	
		Santo Domingo	5.94	
8.47	Carchi	Carchi	12.51	48%
7.1	Imbabura	Loja	6.59	-6%
8.02	Tungurahua	Cañar	8.57	5%
		Tungurahua	9.83	23%
		Imbabura	9.77	38%
9.27	Guayas	Guayas	9.95	7%
4.9	El Oro	Azuay	10.00	2%
9.83	Azuay	El Oro	6.09	24%
9.92	Pichincha	Galápagos	4.56	
		Pichincha	11.22	13%

NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena. Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de Nacidos vivos 2009 y 2015.

En la Figura 26 se muestra de forma gráfica la brecha absoluta en los nacidos con bajo peso utilizando como estratificador la pobreza multidimensional. Se observa tal como se señaló previamente un incremento de forma general, en tanto que la brecha se mantiene constante.

Figura 26. Brechas de desigualdad en porcentaje de nacidos con bajo peso por quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



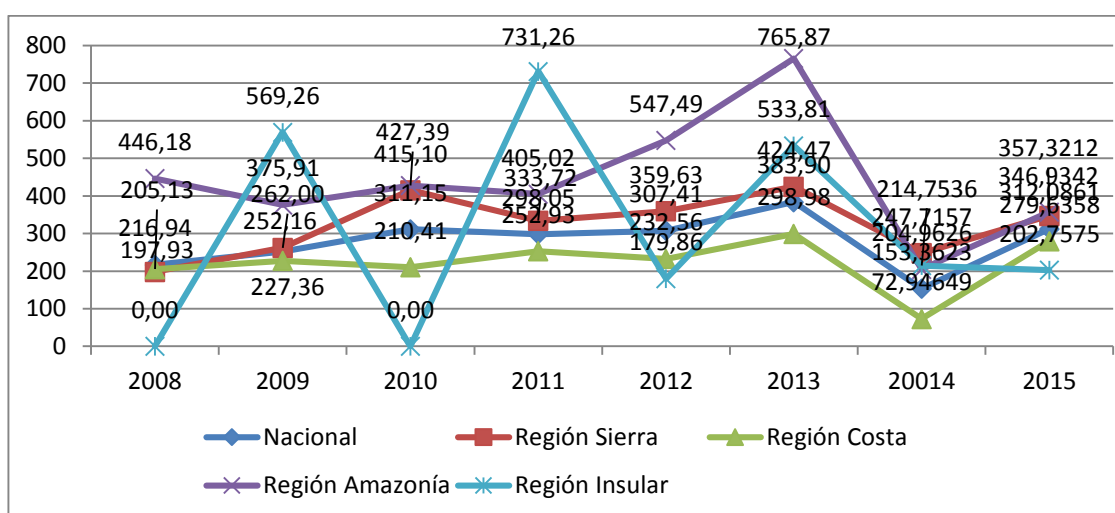
Fuente: INEC, Base de datos de nacidos vivos 2008-2015.

Complicaciones posaborto

Para el caso de las complicaciones derivadas de aborto se consideraron dentro de las bases de datos de egresos hospitalarios y mortalidad general, a los eventos clasificados en los códigos CIE-10 como complicaciones de abortos espontáneos, abortos médicos, otros abortos, abortos no clasificados y otros intentos fallidos de aborto y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (O00-O08). De acuerdo con los resultados del análisis, en la Figura 27 se observa a nivel nacional un incremento del 43.8% de la razón de complicaciones asociadas a aborto por cada 100 000 NV, al pasar de 216.9 a 312.1 casos.

En la región Costa se observa la menor razón de complicaciones por aborto, al presentar 279.6 por cada 100 000 NV, si bien esto es 36.3% mayor a la registrada en 2008 de 205.1 por cada 100 000 NV. (Figura 27).

Figura 27. Complicaciones derivadas de abortos a nivel nacional y regional. Ecuador 2008-2015



Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008-2015.

Los resultados para las complicaciones por aborto no son concluyentes, ya que no se observa consistencia entre los estratificadores. Considerando únicamente la pobreza multidimensional, se observa una reducción de la brecha a partir de la mejora en las condiciones de la población en las provincias con mayor pobreza, pero para los otros tres estratificadores el resultado indica un cambio de mayor número de complicaciones en las provincias con menor porcentaje de pobreza, a una situación en 2015 en donde las complicaciones por aborto se presentan en mayor medida en las provincias con mayor porcentaje de población en pobreza. El IDP para 2015 resulta no significativo. (Cuadro 24).

Al igual que para el indicador de complicaciones obstétricas, se deben considerar como desafío el reporte de complicaciones en las provincias con

mayor concentración de pobreza, ya que al tratarse de eventos que implican el acceso a servicios de salud y a la adecuada notificación de ellos, las diferencias encontradas pueden guardar relación con las situaciones antes mencionadas, mejora en el registro de casos.

Cuadro 25. Mediciones de desigualdad | absoluta, relativa e índice de desigualdad en razón de complicaciones por aborto, 2008/09-2015

	Pobreza multi-dimensional		Pobreza por necesidades básicas insatisfechas		Pobreza por ingresos		Educación	
	2009	2015	2008	2015	2008	2015	2008	2015
Brecha absoluta	-128.01	-65.30	61.16	-170.13	42.71	-279.17	76.31	-250.7
Brecha relativa	0.65	0.78	0.74	0.67	1.26	0.44	1.54	0.44
Índice de desigualdad de la pendiente	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008/09-2015.

El análisis por provincia en la Figura 28, muestra los cambios en el indicador entre 2009 y 2015 con cambios que sugieren que ante un número relativamente reducido de casos, las cifras presentan fluctuaciones bruscas entre años (lo que es asimismo consistente con el hecho que no se observe significancia en el análisis del IDP).

Figura 28. Transición socioeconómica y de razón de complicaciones posaborto por provincias de Ecuador, 2009 y 2015 según pobreza multidimensional

CPA		CPA	% Cambio
60.54	Bolívar	Chimborazo 175.02	-34%
426.64	Los Ríos	Bolívar 122.63	103%
375.91	Amazonía	Morona Santiago 379.00	
		Pastaza 805.52	
125.89	Manabí	Orellana 34.90	
396.06	Esmeraldas	Sucumbios 320.05	
157.66	Cotopaxi	Napo 525.06	
		Los Ríos 681.29	60%
		Esmeraldas 723.36	83%
70.22	Cañar	Cotopaxi 472.69	200%
265.51	Chimborazo	Manabi 536.19	326%
86.64	Loja	Zamora Chinchipe 244.20	
		Santa Elena 817.08	
		Santo Domingo 70.86	
399.2	Carchi	Carchi 266.16	-33%

326.14	Imbabura	Loja	114.42	32%
184.45	Tungurahua	Cañar	159.00	126%
		Tungurahua	148.04	-20%
		Imbabura	414.31	27%
181.45	Guayas	Guayas	64.23	-65%
124.66	El Oro	Azuay	445.60	553%
68.23	Azuay	El Oro	115.21	-8%
406.75	Pichincha	Galápagos	202.76	
		Pichincha	426.99	5%

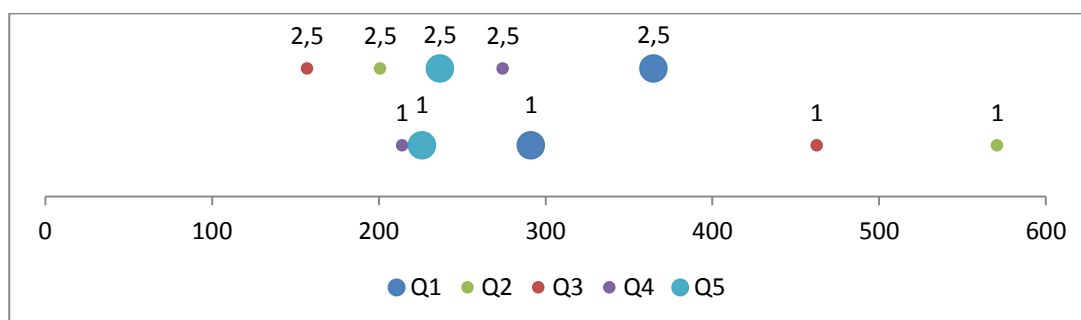
NOTA: 2009, la Provincia de Pichincha incluía a Santo Domingo; y Guayas incluía Santa Elena. Por esta razón no hay posibilidad de comparar datos del año 2009 de las provincias de Santo Domingo y Santa Elena.

Fuente: INEC, Resultados de Pobreza Multidimensional de la ENEMDU y Base de Egresos hospitalarios y Mortalidad General 2009 y 2015.

Los diagramas de desigualdades elaborados para cada estratificador muestran tendencias similares que indican que las brechas entre los grupos económicos se ampliaron con el tiempo hasta alcanzar, en el último año del periodo analizado, las diferencias más amplias. Además se observa que para los distintos quintiles, los estratificadores generaron cambios heterogéneos en el tiempo, sin embargo lo observado en las figuras mostradas anteriormente, se manifiesta en estos diagramas: al iniciar el periodo, la población que habitaba en provincias con mayor porcentaje de pobreza, presentó indicadores de complicaciones por aborto más alto que el resto, y al concluir el periodo fueron las provincias con menor porcentaje de población en pobreza donde se reportaron mayores casos de este tipo de complicaciones.

En la Figura 29 se observa la brecha absoluta para 2009 y 2015 en la razón de complicaciones por aborto utilizando como estratificador la pobreza multidimensional. Considerando esta medida, se observa una mejora general en el indicador a la vez que una reducción en la brecha, lo que se ubica en los escenarios deseables.

Figura 29. Brechas de desigualdad en razón de complicaciones por aborto quintil según Pobreza multidimensional, Ecuador 2009-2015



Fuente: INEC, Base de datos de egresos hospitalarios 2008-2015.

Conclusiones y recomendaciones

La relación entre pobreza y salud ha sido ampliamente documentada y ha tomado mayor relevancia a partir de la discusión sobre los determinantes sociales de la salud, que reconocen la importancia del contexto de vida como elemento central para comprender las condiciones de salud de la población. Esta determinación no tiene un carácter lineal, sino que forma parte de procesos y relaciones sociales y económicas cambiantes en el tiempo. Sin embargo, a pesar de su dinamismo tempo-espacial, la responsabilidad social, sobre todo la del Estado, aunque con distintos matices, continúa vigente; ello es observable en las políticas públicas diseñadas en distintos ámbitos, que tienen el propósito de modificar estas relaciones, pero sobre todo los efectos negativos que de ellas pudiesen emerger (10).

El análisis de la literatura científica realizado en este estudio, buscó evidenciar los mecanismos de relación entre las políticas para la reducción de la pobreza (que buscan incidir sobre determinantes sociales) y sus efectos en la SSySR. Los resultados mostraron relaciones en diferentes niveles de complejidad social y situaciones de salud. A un nivel, que denominamos “macro” se observa una relación inversa entre el porcentaje de población en pobreza en los valores extremos (países con muy baja o muy alta proporción de su población en pobreza) y la mortalidad materna u otros indicadores de SSySR. No obstante, en el grupo de países en condición socioeconómica intermedia, se observa un escenario heterogéneo en la relación pobreza y mortalidad materna (13).

A nivel de políticas públicas sobre pobreza y mejoría esperada en la SSySR, se observan escenarios más complejos para su interpretación. No obstante, la revisión bibliográfica permitió identificar una serie de políticas públicas focalizadas hacia el campo de pobreza o el de la SSySR, con muy escasa vinculación entre ellas. De hecho, en los países con baja proporción de población en pobreza, las políticas públicas se enfocan más en los temas de ejercicio de derechos. En este sentido, la bibliografía revisada no genera suficiente evidencia sobre políticas que buscan reducir pobreza y sus efectos poblacionales en salud, especialmente en SSySR.

Pareciera que sociedades con mejores condiciones de bienestar (menor proporción de la población en pobreza) podrían contar con mejores condiciones de SSySR; sin embargo, también se observó que programas focalizados en facilitar el acceso a servicios de SSySR, en sociedades que presentan alta proporción de la población en condiciones de pobreza podrían contribuir a mejorar la situación de SSySR. Por el contrario, programas que buscan el cambio de comportamiento de la vida sexual a través de información o el fortalecimiento fami-

liar, sobre todo en adolescentes, pueden tener efectos negativos en la SSySR de las y los adolescentes, tal como se observó en Colombia (31). Esto último tendría que ser analizado en términos temporales para conocer los efectos a mediano y largo plazo de las políticas públicas y su efecto observado a nivel poblacional. Sin embargo, el recambio y movilidad de los tomadores de decisiones y de las políticas provocan escenarios de "baja estabilidad" que impiden una adecuada valoración temporal de las políticas. Como ejemplo de ello, en Ecuador se diseñó e implementó una política de acceso a servicios de planificación familiar (ENIPLA), pero a tres años de iniciada fue substituida por una nueva política pública denominada "Plan Familia", focalizada en el fortalecimiento de los valores de integración del grupo familiar como eje clave para cambiar el comportamiento sexual de las y los adolescentes. Ninguno de los dos proyectos de política pública parece haber tenido suficiente tiempo de exposición poblacional para atribuirle resultados o efectos. No obstante, es importante señalar que lo planteado no significa que no se realicen acciones para el manejo de la salud sexual y reproductiva, puesto que el MSP ofrece los servicios de rigor.

La literatura revisada puntualiza en la importancia de incorporar las opiniones y necesidades de adolescentes y jóvenes en el diseño de programas de educación sexual. Destaca la importancia de tomar en cuenta los factores socioculturales de los grupos, la heterogeneidad de los mismos y la disponibilidad de materiales en varias lenguas (33). En tal sentido, las políticas públicas deberán ser incluyentes, aceptables, equitativas y justas, con enfoque de género, y deberán considerar a las mujeres en situación de pobreza, en los extremos de la vida reproductiva, con baja escolaridad, indígenas o residentes en localidades rurales o zonas urbano-marginales, que carecen de acceso a los servicios de SSySR de calidad (1,3,6,8,40,43,50–52). Son este tipo de políticas públicas las que tienen mayor efectividad, ya que incluyen respuestas que desde la perspectiva de derechos, atienden la prevención de los riesgos y la atención de las consecuencias de su exposición.

En lo que respecta a los indicadores de SSySR ejemplificaremos la discusión con el aborto inseguro, por ser un tema altamente sensible en América Latina y el Caribe. Se estima que se practican en la región, entre 3.7 y 4.2 millones de abortos inseguros al año y un alto número de ellos concluyen en el fallecimiento de la mujer, lo que coloca al aborto inseguro en el primer lugar en el listado de causas de muerte materna en la región (58,59). En contraste se observa que cuando el aborto se practica en un contexto seguro, con el acceso a la información y medicamentos pertinentes, con el personal capacitado, el equipo, la higiene y la infraestructura necesaria, la razón de mortalidad materna por este causal disminuye a 0.6 muertes maternas por cada 100 mil abortos (30,31).

Ante tal problemática de salud, en América Latina se ha reabierto el debate sobre la legalización o despenalización del aborto, debido a que en la mayoría de países latinoamericanos esta práctica se considera un delito, salvo algunas causales como la violación, peligro de la vida o salud de la mujer y las malformaciones del embrión o feto incompatibles con la vida (58–60). Los actores que han participado en el debate corresponden a organizaciones de mujeres, feministas, médicos, legisladores, grupos pro vida y religiosos, y se ha logrado el acceso al aborto seguro por medio de la interrupción legal del embarazo o la ampliación de causales en algunos contextos, avances que no han sido uniformes en la región (59,60). En este contexto de desigualdad jurídica, la mayoría de las mujeres se ven imposibilitadas de acceder a un aborto en condiciones seguras; sin embargo, esto es más frecuente en aquellas mujeres que viven en malas condiciones socioeconómica (58,60).

En un estudio realizado en 2012 en Brasil, Fusco, De Sousa y Andreoni (58) identificaron las características de las mujeres que recurren a un aborto inseguro: mujeres jóvenes de 21 años en promedio, con ingresos limitados, bajo nivel educativo, pertenecientes a una minoría étnica, con un temprano inicio de vida sexual (entre los 11 y 16 años), solteras, con nulo uso de métodos anticonceptivos y con experiencias de embarazos previos. En estas mujeres se identificaron complicaciones relacionadas con la atención del aborto como hemorragias e infecciones. En contraste, las mujeres con menos abortos inseguros fueron aquellas que no pertenecían a minorías étnicas, que habían cursado la primaria completa, casadas o unidas y con mayores ingresos económicos. El estudio, muestra el peso del contexto socioeconómico de las mujeres para tener acceso a los servicios de del aborto de forma segura (59,60).

En estas condiciones, el aborto inseguro y la muerte materna asociada, se relacionan con barreras jurídico-legales que afectan principalmente a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. Esta situación puede agravarse cuando ellas viven en contextos de violencia que les impiden evitar relaciones sexuales no consentidas o en desventajas, y el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (58–60).

Para lograr los objetivos de SSySR, de reducción de la inequidad e incremento del acceso a servicios de salud, se requiere que la sociedad (pero sobre todo el Estado) actúe con el bienestar de la población como mira principal, de manera laica e independiente de cualquier práctica religiosa que impida realizar sus objetivos.

En la mayoría de los países de la región, dada las condiciones sociopolíticas en las cuales se encuentra inserto el tema del aborto, no parece ser la falta de información científico-técnica sobre el tema lo que limita el fortalecimiento de capacidades de los proveedores de servicios de salud, sino elementos de orden regulatorio para la implementación de intervenciones efectivas. Estas medidas de fortalecimiento de capacidades científico-técnicas para la atención segura del aborto podrían contribuir a evitar el tratamiento de las consecuencias de los abortos inseguros, reduciendo el gasto del sistema de salud.

Es importante señalar que en los documentos revisados no se estipulan acciones relacionadas con la atención de las complicaciones posaborto inseguro. En Uruguay y Chile, los programas de salud de la mujer, mencionan la importancia de ofrecer atención integral en los casos en que las mujeres presenten un embarazo no deseado. Sin embargo, todos los países enfatizan que tras un aborto las mujeres deben acceder a los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados o abortos en condiciones inseguras.

En relación al registro de la ocurrencia de abortos, Uruguay y Bolivia promueven un sistema de registro de la incidencia de aborto. En Uruguay, dado la condición de legalidad del aborto, se registran las razones que motivaron la decisión de interrumpir el embarazo y los métodos utilizados.

La criminalización de la interrupción del embarazo resulta no solo en una alta incidencia de abortos inseguros, sino también en un incremento significativo en los riesgos de la salud y la vida de mujeres con embarazos no deseados (91). La evidencia muestra que la criminalización del aborto no reduce su incidencia, por el contrario incrementa la mortalidad materna y los riesgos a la salud de la mujer, y promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro (92). El aborto inseguro es una de las causas principales de la mortalidad materna (13%); a pesar de ello, cada año aproximadamente 20 millones, de las 42 millones de mujeres con embarazos no deseados, al no contar con alternativa, optan por un aborto inseguro (91). Por otro lado, el perfil socio-económico de las mujeres que acceden a abortos inseguros se destaca por incluir los estratos más pobres de la sociedad y en muchos casos con historiales de violencia sexual (93).

En los casos en que se da continuidad a un embarazo no deseado, la evidencia reporta efectos negativos tanto para la madre como para el hijo/a. Los/as niños/as nacidos de un embarazo no deseado reciben menores cuidados, tanto alimenticios, como de afecto y atención, lo cual tiene impacto en su salud a largo plazo. Además, las mujeres a quienes se les niega el acceso a un aborto

presentan síntomas de angustia y ansiedad con un impacto negativo en su salud mental y emocional (94,95).

En el análisis a nivel de país, en Ecuador se observó que las políticas para la erradicación de la pobreza y el mejoramiento de la SSySR son similares a la de otros países, basadas en: apoyos directos para la alimentación, asignaciones monetarias y acceso a servicios de salud y a la educación. Sin embargo, como en prácticamente todos los países, los determinantes históricos, socioculturales y económicos de cada país generan diferencias en sus alcances, relacionadas con sus contenidos y estrategias de ejecución.

Dada la complejidad del concepto de pobreza y los indicadores utilizados para su medición, la relación entre ésta y la SSySR se modifica a partir de otros determinantes como nivel educativo, acceso a la información, toma de decisiones, acceso a recursos (incluyendo los de salud), discriminación por género, etnia y clase social, disponibilidad de vías y transporte, oportunidad y calidad de los servicios de salud, entre otros. La larga lista de determinantes sociales requiere de información compleja y costosa, la cual es difícil de obtener e integrar en los sistemas gubernamentales, que frecuentemente se encuentran organizados por sectores. Es el caso de Ecuador y otros países en América Latina, donde los sistemas de información se encuentran segmentados para cada sector social o económico. Aunque, en Ecuador se cuenta con un área de inteligencia analítica representada por SENPLADES, donde se trabaja en dar coherencia, consistencia y unidad a la información generada por los diferentes sectores de gobierno, lo cual ha contribuido a comprender mejor el valor de las políticas públicas en la sociedad ecuatoriana.

De acuerdo con la información socioeconómica y de SSySR disponible y analizada a nivel de las distintas regiones y provincias de Ecuador, el estudio logra mostrar un escenario de heterogeneidad al interior del país. A este nivel (del país), los datos analizados muestran que las condiciones generales de SSySR y de pobreza, entre 2009 y 2015, han presentado un panorama mixto, en el cual para algunos indicadores se han cerrado las brechas y han mejorado en el periodo analizado de forma general, pero para otros indicadores relevantes, la situación ha empeorado y se han incrementado las brechas. Se pueden establecer escenarios tipo a partir de la mejora o empeoramiento de los indicadores, y la reducción o ampliación de las brechas; en esta situación, el mejor escenario posible es que se presente tanto un mejoramiento el indicador global como una reducción de la diferencia entre los grupos socioeconómicos, en tanto que el peor escenario es que empeore el indicador de forma global a la vez que se incrementa la brecha. A partir de estas dimensiones, se puede establecer lo siguiente:

- La atención al nacimiento por cesáreas se encuentra en un escenario con retos tanto en el resultado general como en las brechas. Hay más nacimientos por cesárea en el país, y al mismo tiempo se amplía la diferencia entre quintiles, si bien en este caso son las provincias con menor concentración de pobreza en las que se presentan más cesáreas.
- La tasa de fecundidad en adolescentes correspondió a uno de los indicadores en los cuales se observa una mayor reducción proporcional de la brecha, y la misma está dada por una reducción en las provincias de mayor concentración de pobreza. Asimismo, este indicador mejoró de forma general, por lo que está en el mejor escenario.
- Los nacimientos en la casa se han reducido de forma general, si bien la brecha entre provincias por condiciones socioeconómicas persiste. Este se trata de un escenario medio, con un resultado positivo, pero sin incidencia en las desigualdades.
- La razón de mortalidad materna reporta un incremento en la desigualdad en una situación en la que el indicador también muestra un incremento. Esto es, el escenario negativo en el que empeoran ambas dimensiones.
- Las complicaciones obstétricas, su frecuencia y tipo posiblemente dependa de las condiciones sociodemográficas de las mujeres afectadas; sin embargo, los desenlaces y secuelas podrían estar más relacionadas con la oportunidad para acceder a los servicios de salud de calidad. Así, para 2015 de acuerdo con los datos analizados, estas complicaciones son más frecuentes en la población de provincias con menor concentración de pobreza, representando un cambio con relación a 2009. Este es un escenario negativo en el sentido que empeoran tanto el indicador como la desigualdad. Esta observación, está directamente relacionada con el nivel de desagregación de los datos socioeconómicos (quintiles de pobreza), los cuales, en ninguna de las bases de datos contienen información socioeconómica a nivel individual para realizar las estimaciones correspondientes. Otro elemento que podría contribuir a explicar esta situación es que estas provincias concentran los hospitales con mayor capacidad resolutive y posiblemente una proporción importante de casos sean referidos de otras provincias para su atención.

Las observaciones identificadas corresponden a resultados que tienen que ser interpretados no como un resultado directo de la acción de la política pública, exclusivamente, sino también por las propias condiciones socioculturales de los grupos de población. De forma que, es posible que análisis o estudios que utilicen información más desagregada, puedan identificar variaciones o

diferencias al interior de una región o provincia. Asimismo, es importante diferenciar las características de los indicadores, algunos de los cuales podrían ser más sensibles a cambios a nivel del acceso y calidad de los servicios de salud mientras que otros, dependen más de la condición contextual, sociocultural y económica, en que vive y se relaciona la población.

Las conclusiones que emergen de este ejercicio de análisis vinculatorio entre acciones dirigidas a la reducción y al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva se sintetiza de esta manera:

- Perfil de políticas públicas de SSySR basados en el reconocimiento los derechos sexuales y reproductivos han mostrado mayor efectividad respecto a las de promoción de valores familiares.
- Es importante considerar el rol que juega el embarazo temprano como medio para lograr la movilidad, independencia y reconocimiento social, por lo que las acciones para su prevención deben enfocarse al fortalecimiento de las capacidades femeninas para desarrollar proyectos de vida y de sus habilidades para la toma de decisiones, procurando que cuenten con las herramientas para afrontar la vida y sus desafíos.
- Políticas focalizadas a reducir barreras de acceso sociocultural y económico a servicios de SSySR, son efectivas y constituyen una expresión de política pública basada en el reconocimiento de derechos.
- Políticas de SSySR articuladas a otros sectores sociales y económicos (intersectorialidad) incrementan la cobertura y efectividad de las acciones públicas. La articulación programática con el sector educativo, laboral, jurídico-legal y social permite dar respuesta de forma diferenciada a los diferentes grupos socioculturales que conviven en Ecuador.
- Políticas de SSySR enfocadas a la reducción del estigma, a eliminar la criminalización y asegurar el acceso a la atención oportuna y de calidad en problemas de SSySR como embarazo en adolescente y complicaciones obstétricas, principalmente aquellas relacionadas con el aborto, podrían contribuir de forma significativa a modificar, en el corto plazo, el perfil estratificado de SSySR, según condición socioeconómica de la población a nivel provincial e incluso regional.
- La información bibliográfica muestra cierta convergencia en las posiciones de política pública en el tema de aborto en la mayoría de los países (regulación en base a causales) y penalización diferencial a mujeres y proveedores de servicios. La evidencia muestra una relación inversa entre políticas basadas en la criminalización y la reducción de la frecuencia de aborto y sus complicaciones.

- En países democráticos como Ecuador se requiere de un análisis basado en la evidencia que contribuya a fortalecer la capacidad de la sociedad para el ejercicio de sus derechos, entre ellos el de salud sexual y reproductiva.
- Las acciones seleccionadas para ser incluidas en los programas de SSySR, deben estar basadas en evidencia científica con el fin de contribuir a optimizar el uso de los recursos e incrementar la efectividad de las acciones.
- Los programas de desarrollo social y de salud con acciones focalizadas en grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad social, requieren contar con participación de organizaciones de la sociedad civil como instituciones que contribuyen a garantizar el respeto a la diversidad sociocultural y a la sostenibilidad de las intervenciones. Este procedimiento ha mostrado incrementar la aceptación y alcance poblacional de los programas.
- Monitoreo y evaluación de la política pública de SSySR con participación de la sociedad civil permite crear condiciones para la intersectorialidad, como una práctica de gobierno. No solo corresponde a un mecanismo de rendición de cuentas y transparencia, sino al ejercicio efectivo de los derechos.
- Los temas transversales requieren ser traducidos en medidas programáticas, que impliquen asignación de recursos e implementación de acciones efectivas: género, interculturalidad.
- Las acciones dirigidas a la reducción de la pobreza y las de SSySR deben ser convergentes, de tal suerte que se incremente su efectividad.
- La criminalización del aborto no reduce su frecuencia, pero si incrementa los riesgos de morbilidad y muerte en mujeres con embarazos no deseados. Promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro.
- La criminalización del aborto genera inequidad e injusticia social, pues las que acceden a abortos inseguros pertenecen a los estratos más pobres de la sociedad y en muchos casos con historiales de violencia sexual.
- La continuidad a un embarazo no deseado tiene efectos negativos para la madre y para el hijo/a. Los/as niños/as nacidos de un embarazo no deseado reciben menores cuidados, tanto alimenticios, como de afecto y atención, lo cual tiene impacto en su salud a largo plazo. Además, las mujeres a quienes se les niega el acceso a un aborto presentan síntomas de angustia y ansiedad con un impacto negativo en su salud mental y emocional.

Finalmente, es importante señalar que estas recomendaciones encuentran su referencia en la hipótesis general del análisis tanto documental como de

los datos específicos de Ecuador, buscan contribuir a la generación de evidencia sobre la relación entre pobreza y SSySR. De acuerdo a ello, se planteó que se esperaría observar una alta probabilidad de cambio (hacia mejoramiento de su situación actual de SSySR) en el grupo de población que no vive en pobreza y que ya cuenta con buenas condiciones de SSySR; por el contrario, se esperaría que en ausencia de políticas públicas (de reconocimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de la población), la probabilidad de deterioro de la situación de SSySR sea mayor en los grupos que viven en pobreza y que tienen malas condiciones de SSySR.

Las recomendaciones, en sí mismas, en este momento tiene el valor de hipótesis que requieren ser probadas, por intervenciones de políticas públicas sostenibles en el corto y mediano plazo, con el fin de conocer la proporción de cambio en las condiciones de vida y salud atribuible a la política pública.

En este sentido se requiere generar información estratégica, de forma armónica, con sentido de complementariedad y con capacidad de ser comparada a nivel nacional, regional y provincial, a través del tiempo. Colocar a Ecuador como parte de la dinámica global de SSySR, requiere de información que tenga en cuenta referentes internacionales, relacionados con las condiciones de vida de ecuatoriana(o) s.

Referencias

66. UNFPA-México. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. 2005.
67. Greene M, Merrick T. Poverty reduction: does reproductive health matter? HNP Discussion Paper [Internet]. Washington, DC; 2005. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/GreenePovertyReductionFinal.pdf>
68. Wood S. Sexual and Reproductive Health for All Reducing poverty, advancing development and protecting human rights [Internet]. 2010. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uarh_report_2010.pdf
69. Duwury N, Oxhorn P. Understanding the Links Between Sexual and Reproductive Health Status and Poverty Reduction [Internet]. 2012. Available from: https://www.mcgill.ca/isid/files/isid/pb_2012_18_oxhorn.pdf
70. Hakkert R, Guzman JM, Herrmann M, Schensul D. Impacts of Population Dynamics Reproductive Health and Gender on Poverty [Internet]. 2012. Available from: <http://www.unfpa.org/es/node/6226>
72. United Nations. The millennium development goals report 2015 [Internet]. New York; 2015. Available from: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/UNDP_MDG_Report_2015.pdf
73. Dupuy JR. Acceso a servicios de salud en Bolivia. Estudio previo a la implementación del Sistema Único de Salud. Bolivia; 2011.
74. Piug C. Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva [Internet]. Quito, Ecuador; 2008. Available from: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/ASRH and MDGs_opt.pdf
75. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. World Health Organization; 2009. 257 p.
76. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra; 2009.
77. Cuadrado C. El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud? Medwave [Internet]. 2015;15(9):e689 . Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6289>

78. Burgos-Bizama A. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna. 2015.
79. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015. 2015.
80. Republica de Ecuador. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES; 2009.
81. UN. Purchasing power parities (PPP) conversion factor, local currency unit to international dollar. UNdata. 2012.
82. CLAP/SMR O. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Montevideo, Uruguay; 2012. 16 p.
83. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción [Internet]. Comunicado de prensa. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>
84. Gutierrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):465–70.
85. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):480–6.
86. Faundes J. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. R bras Est Pop Rio Janeiro. 2013;30(1):44–52.
87. Pretell-Zárata EA. Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):487–93.
88. Lara D, van Dijk MG, García SG, Grossmanb D. Introducción de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. 2007. 143(6):483–7.
89. Perú PJ del. Resolución para la distribución gratuita de anticoncepción de emergencia. Lima, Perú; 2016.
90. Secretaria de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención [Internet]. México, D. F.; 2009. Available from: <http://www.gober->

nacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/VIOLE1B.PDF

91. Nani E. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe. Argentina; 2004.
92. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos. Managua; 2007.
93. Peláez Mendoza J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2008;34(2).
94. Garcia AL. Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. Salud Uninorte. 2008;24(2):351–8.
95. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp y Salud Pública,. 2013;30(471–479).
96. Vega-Aguirre DC. Análisis de actores claves asociados al desarrollo de políticas públicas para madres adolescentes en Chile. Gerenc y Políticas Salud. 2013;12(24):54–72.
98. Borrero MC. Adolescent pregnancy in Colombia, 1992-2006: a conflict about sexual rights. Rev bioét. 2011;19(2):468–83.
99. Guerrero R. La penalización de las relaciones sexuales entre o con adolescentes y su efecto en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):500–5.
100. Maness SB, Buhi E. A systematic review of pregnancy prevention programs for minority youth in the us: A critical analysis and recommendations for improvement. J Health Dispar Res Pract. 2013;6(2):7.
101. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, Astin M, Oliveira da Silva M, Bloemenkap KWM, et al. REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. 2006.
102. Mata ÁNS, Lemos CA, Ferreira CL, Braga LP, Maia EM. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. Rev Colomb Psicol. 2010;18(2):167–75.
103. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended

- pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2002;324(7351):1426.
104. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
 105. Toledo V, Luengo X, Molina R, Murray N, Molina T, Villegas R. Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. *Sogía* [Internet]. 2000;7(3):1–16. Available from: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII3impacto.pdf>
 106. USAID. Fact Sheet on Youth Reproductive Health Policy. Poverty and youth reproductive health, Task order 1. 2009.
 107. Fescina R. Reunión Regional de Puntos Focales de Salud Sexual y Reproductiva de los países de Latino América y el Caribe. Montevideo; 2009.
 108. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los derechos reproductivos son derechos humanos. San José, Costa Rica: IIDH; 2008.
 109. World Health Organization. Women and gender equity [Internet]. 2015. Available from: http://www.who.int/social_determinants/themes/womenandgender/en/
 110. Elu MD, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum*. 2004;18(1):44–52.
 111. Nyamtema AS, Urassa DP, van Roosmalen J. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):1.
 112. Piane GM, Clinton EA. Maternal Mortality Interventions: A Systematic Review. *Open J Prev Med* [Internet]. 2014;4:699–707. Available from: http://file.scirp.org/pdf/OJPM_2014091515501714.pdf
 113. WHO | Reproductive health. 2015.
 114. Ybasetta-Medina J. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en la región de Ica, Perú 2001-2005. *Rev Médica Panacea*. 2015;1(1):9–13.
 115. Gil-González D, Carrasco-Patiño M, Ruiz M. Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2006;84(11):903–9. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/>

bwho/v84n11/v84n11a16.pdf

116. Yuan B, Qian X, Thomsen S. Disadvantaged populations in maternal health in China, who and why? *Glob Heal Action* [Internet]. 2013;6(1):1–13. Available from: https://www.researchgate.net/publication/236125779_Disadvantaged_populations_in_maternal_health_in_China_who_and_why
117. Chou D, Daelmans B, Jolivet R, Mary K, Say L, Working on behalf of the ENAP (ENAP) and EPMM (EPMM). Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *BMJ* [Internet]. 2015;351(S1):19–22. Available from: <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4255>
118. Lafaurie M, Grossman D, Troncoso E, Billings D, Chavez S, Martinez I, et al. El aborto con medicamentos En América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú [Internet]. México, D. F.; 2005. Available from: <https://books.google.com.mx/books?id=JQRAZxMRL-fMC&pg=PP4&lpg=PP4&dq=El+aborto+con+medicamentos+en+América+Latina.+Las+experiencias+de+las+mujeres+de+México,+Colombia,+Ecuador+y+Perú.+Population+Council,+GynuityHealthProjects&source=bl&ots=ulCH-FmOcl&sig=X>
119. Caceres MF de M. Justicia global, pobreza y mortalidad materna. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;28(3):260–5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2010000300007&lng=e
120. Rodríguez-Vargas FA, Molina-Berrio DP. Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2015;14(28):10–29.
121. Grisales L., Giraldo L. Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud, 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2008;26(1):78–89.
122. Ross L, Simkhada P, Smith WC. Evaluating effectiveness of complex interventions aimed at reducing maternal mortality in developing countries. *J Public Health (Bangkok)*. 2005;27(4):331–7.
123. Kidney E, Winter HR, Khan KS, Gülmezoglu AM, Meads CA, Deeks JJ, et al. Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(1):1.
124. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da ed. Ginebra: OMS; 2012.

125. Fusco C, de Souza e Silva R, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012;28(4):709–19. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400010
126. Rocha MI, Rostagnol S, Gutiérrez MA. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *Rev Bras Estud Popul*. 2009;26(2):219–36.
127. González-Velez AC. La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cad Saude Publica*, Rio Janeiro [Internet]. 2005;21(2):624–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf>
128. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005. New York; 2005.
129. Naciones Unidas. Obejtivos de desarrollo sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo.
130. Morlachetti A. POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES: UN ENFOQUE DESDE LOS DERECHOS HUMANOS. Santiago de Chile; 2016.
131. Bobbio N. Elogio de la templanzay otros escritos morales. Hoy ET de, editor. Turin, España: Ediciones Temas de Hoy; 1997. 245 p.
132. Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer de las palabras los hechos. 2006. 216 p.
133. Valdebenito C, Rodríguez M, Hidalgo A, Cárdenas U, Lolás F. Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras. *Acta Bioeth*. 2006;12(2):185–91.
134. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Cuando el parto es nocivo: La fístula obstétrica [Internet]. [cited 2017 Jan 1]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH_fact_sheet-Fistula.pdf
135. Population Reference Bueau. El Cuadro de datos de los jóvenes en el mundo de 2013 [Internet]. 2013. Available from: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf
136. UNICEF. Bolivia (Estado Plurinacional de), Estadísticas [Internet]. 2016. [cited 2016 Jul 15]. Available from: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/bolivia_statistics.html
137. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Inter-

- sectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. Quito, Ecuador; 2013.
138. Ecuador P de la R del. PROYECTO “PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE LA FAMILIA.” Quito, Ecuador; 2016.
 139. Debate. Padres contra los libros “perversos” que utiliza la SEP [Internet]. 2016. Available from: <http://www.debate.com.mx/mexico/Padres-contra-los-libros-perversos-que-utiliza-la-SEP-20160718-0142.html>
 140. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago de Chile; 2015. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/S1420783%7B_%7Des.pdf?sequence=4%7B&%7DisAllowed=y
 141. Rodríguez A, Rodríguez F, Berro Rovira G. Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay. *Rev Médica del Uruguay*. 2009;25(4):230–8.
 142. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2011. Available from: Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas
 143. Ministerio de Salud. Aprueban la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo di. 2014; Available from: <https://es.scribd.com/doc/231973319/RM-486-2014-MINSA-GUIA-TECNICA-NACIONAL-PARA-LA-ESTANDARIZACION-DE-ATENCION-INTEGRAL-A-GESTANTE-EN-INTERRUPCION-VOLUNTARIA-pdf>
 144. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente [Internet]. México, D. F.; 2009. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf
 145. Ministerio de Salud Pública. Atención del aborto terapéutico. Guía de práctica clínica. [Internet]. Quito, Ecuador; 2015. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ABORTO-TERAPEUTICO-EDITOGRAM.pdf>
 146. Zamberlin N. El aborto en la Argentina. Despenalización [Internet]. 2007;3.

Available from: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/03_zamberlin.pdf

147. Ministerio de Salud y Protección Social MinSalud C. Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) [Internet]. 2014. Available from: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf> (
148. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra, Suiza; 2014.
149. Poder Legislativo. Interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. Montevideo; 2012. Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupción-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012..pdf>
150. Asamblea Legislativo del Distrito Federal. Código Penal del Distrito Federal. Mexico, D. F.; 2015.
151. Ministerio del Interior. Código Penal [Internet]. Montevideo; 2016. Available from: <http://d.scribd.com/docs/help39okr5jwx3b6gyi.pdf>
152. Congreso Nacional de Chile. Código Penal [Internet]. Santiago de Chile; 1874. Available from: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_chl_cod_penal.pdf
153. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Código Penal de Perú, Perú [Internet]. 1991. Available from: https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/legislacion/l_20080616_75.
154. Poder Ejecutivo Federal. Código Penal Federal,. México, D. F.; 2015.
155. Asamblea Nacional de Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Quito, Ecuador; 2014. Available from: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>
156. Ministerio de Justicia. Código Penal y Código de Procedimiento Penal, Bolivia [Internet]. 2010. Available from: <http://www.justicia.gob.bo/images/stories/leyes/cpp.pdf>
157. Casado M. A propósito del aborto. *Rev bioética y derecho*, Extra. 2015;30–2.
158. Haddad L., Nour N. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(2):122.

159. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Bela G, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* [Internet]. 2006;368(9550):1908–19. Available from: Prof, Dr David A Grimes, MDa, , , %0AJanie Benson, Dr-PHb, %0ASusheela Singh, PhDc, %0AMariana Romero, MDd, %0ABela Ganatra, MDe, %0AProf Friday E Okonofua, MDf, %0Alqbal H Shah, PhDg%0A
160. Fisher William, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ* [Internet]. 2005;172(5):637–41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC550633/>
161. Gerdtz C, DePiñeres T, Hajri S, Harries J, Hossain A, Puri M, et al. Denial of abortion in legal settings. *J Fam Plann Reprod Heal Care* [Internet]. 2015;41:161–3. Available from: <http://jfprhc.bmj.com/content/familyplanning/41/3/161.full.pdf>
162. Harries J, Gerdtz C, Momberg M, Foster DG. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*. 2015;12(1):1.

Capítulo 2

Costos de omisión y de prevención de SSySR

Belkis Aracena Genao
Niséforo Garnelo Bibiano
René Leyva Flores
Juan Pablo Gutiérrez

Elementos a destacar

- 1. Costo total de provisión actual de métodos de PF durante 2013-2015 en el MSP, estimada a partir del RDACAA**
 - a. El registro de consultas iniciales mostró un descenso sostenido entre los tres años del análisis: 18.5% entre 2013 (n= 495,581) y 2014 (n= 404,016); y de 15% entre 2014-2015 (n= 343,643).
 - b. Los anticonceptivos orales (combinados, solo progesterona) y las inyecciones, fueron los métodos más provistos por el MSP. Las consultas iniciales relacionadas con la entrega de estos dos métodos, concentraron, de manera combinada, el 71% del total durante los tres años de análisis.
 - c. El registro de consultas de seguimiento mostró un comportamiento diverso durante el período: métodos como los inyectables y los orales (combinados, sólo progesterona) decrecieron en frecuencia entre 2013 y 2014, para repuntar en 2015. En tanto, los condones (masculinos, femeninos) y los anticonceptivos orales de emergencia incrementaron su frecuencia.
 - d. El costo total por la provisión de PF (agrupando las consultas iniciales seguimientos y la entrega de métodos) pasó de 17.4mdd en 2013, a 19.7mdd en 2015. A lo largo del período, el costo total de consultas iniciales y de seguimiento representó 3 de cada 4 dólares invertidos.

- 2. Costo total de cubrir la demanda insatisfecha de PF**
 - a. En el año 2015, la cantidad de usuarias potenciales de métodos de PF se estimó en un rango entre 144.1K y 296.2K; dependiendo del escenario de estimación. Las usuarias de inyecciones y anticonceptivos orales serían más preponderantes, lo cual se reflejaría en una mayor cantidad demandada de consultas iniciales y seguimiento por estos métodos. No obstante, la necesidad de adquirir condones masculinos sería la más alta, puesto que, de acuerdo a la norma oficial de PF para el país, se entregan 15 uni

- dades mensualmente. Prácticamente 8 de cada 10 métodos adquiridos serían condones.
- b. El costo total de cubrir la Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar (asesoría en PF/entrega métodos anticonceptivos), se estimó entre 11.2 y 18.3mdd anuales. Entre el 14 y 33.5% del costo total sería utilizado en consultas iniciales, entre el 26 y 52% en consultas de seguimiento, y entre 48 y 80% para la adquisición de métodos.
- 3. Costo de atención de embarazos no intencionados (ENI) en el MSP, con énfasis en adolescente**
 - a. Se estimó un total de 110.8K ENI atendidos en el MSP. La cifra estimada implica la provisión de más de medio millón de consultas de control prenatal y 18.7K casos de complicaciones obstétricas, 16.8K abortos, y 604 óbitos. El costo total por la atención de estos casos asciende a 67.8mdd.
 - b. Específicamente en adolescentes (de 15 a 19 años) se estima la ocurrencia de 25.4K embarazos no intencionados atendidos en el MSP, que representan 137K consultas prenatales, 398 casos de complicaciones obstétricas, 2.14K abortos y 116 óbitos. Para este grupo etario, la cifra total se estimó en 14.34mdd.
 - c. Si se otorgaran métodos de PF para evitar los más de 110.8K ENI ocurridos, se requerirían entre 8.6 y 16.6mdd, lo cual representa un ahorro de entre 13 y 25%. El costo de evitar un embarazo no intencionado se estimó entre 78 y 150 dólares, mientras que atenderlo se estimó en 612.
 - 4. Morbilidad materna prevenible en el MS. Se contabilizó un total de 1, casos de morbilidad prevenible, siendo la hemorragia posparto la más frecuente. El costo total de atención se estimó en aproximadamente 0.7mdd.**
 - 5. Complicaciones obstétricas en el MSP. La mayor densidad de los más de 40.6K casos de complicaciones obstétricas contabilizados se encontró en el grupo de edad entre 25 y 29 años (prácticamente el 50%). El costo de atención del total de casos ascendió a 13.18mdd.**
 - 6. Complicaciones de abortos practicados de forma insegura en el MSP. Asumiendo que la práctica del aborto fuera del sistema formal de salud es insegura, y que los códigos que pueden matizar su ocurrencia son tres: O05-O07; se encontró un total de 10.6K casos, de los cuales la complicación más frecuente es el aborto incompleto (ocurriendo en más de 9 casos por cada 10). El costo total por la atención de todas las complicacio-**

nes se estimó en 2.25mdd.

7. **Atención legal del aborto en el MSP.** Bajo el supuesto que las atenciones legales del aborto (en las atenuantes señaladas por la ley) están contenidas en el código CIE10: O04, se contabilizó la ocurrencia de 569 casos, principalmente entre los 20 y a 34 años (93%), y su costo total de atención ascendió a más de 90K dólares.

COSTOS INDIRECTOS

1. **Pérdida por embarazo adolescente.** A nivel nacional, se contabilizaron aproximadamente 6.5K adolescentes entre 15 y 19 años que abandonaron los estudios en 2015, dada la ocurrencia de un embarazo. El conjunto formado por las que abandonaron mientras cursaban el nivel básico y el nivel medio/bachillerato, alcanzó una suma de 36.8K años de escolaridad perdida. Asumiendo que el nivel superior es el máximo alcanzable en la consecución académica, y estableciendo las pérdidas marginales entre este nivel y los dos inferiores, se estimó una suma de 316.7mdd en ingresos futuros perdidos por abandono escolar (descontando a una tasa de 3%).
2. **Pérdida por mortalidad prematura en el MSP**
 - a. La pérdida atribuible a las 183 muertes maternas registradas a nivel nacional representa cuatro mil años de vida perdidos de manera prematura (AVP).
 - b. Los casos de eclampsia, hipertensión gestacional, hemorragia pos-parto, embarazo que termina en aborto (códigos CIE10: O00-O08), e infección de vías urinarias (todas ellas complicaciones exploradas en el presente estudio), conjuntan prácticamente la mitad del total de muertes ocurridas en el país, y suman más de 4,329 AVP.
3. **Pérdida por mortalidad prematura prevenible en el MSP.** Se contabilizaron 51 casos en el país, lo que representa el 28% del total de muertes ocurrido (n= 183). La cifra de AVP por muertes prevenibles alcanza los 2,580.

Introducción

Según la OMS, la necesidad insatisfecha de planificación familiar (NIPF) en países en desarrollo, afecta a 225 millones de mujeres. Ciertos factores como la escasa variedad de métodos anticonceptivos, dificultades de acceso –principalmente para poblaciones pobres, jóvenes y solteras(os), temor a posibles efectos adversos, mala calidad de la atención, barreras culturales y creencias religiosas, contribuyen a explicar este fenómeno (1). Adicionalmente, la falta de voluntad política para organizar adecuadamente los servicios e implementar programas de promoción adecuados, estrechamente vinculado a la insuficiente inversión de recursos, también se asocian con los problemas de acceso a servicios de planificación familiar (2).

Las razones para incentivar el mejoramiento de los servicios de planificación familiar, procurando su acercamiento a los diversos estratos poblacionales, son múltiples. Destacan los beneficios relacionados con el bienestar y autonomía de las mujeres para decidir el momento de la gestación, con lo que adquieren el control de su fertilidad y disminuye el número de embarazos accidentales o no intencionados (no deseados, no planificados). Asimismo, la existencia de una oferta adecuada y aceptada de métodos de planificación familiar, contribuye a retrasar el momento de la gestación para cuando existan las condiciones físicas, emocionales y socioeconómicas; permite ampliar el espacio intergenésico, lo que contribuye a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, sobre todo en mujeres en los extremos de la vida reproductiva, que son las mayormente expuestas a riesgos asociados al proceso de gestación (3).

El poder controlar y decidir el momento de la concepción, además de favorecer a las mujeres al prevenir el embarazo (factor de riesgo de morbilidad y mortalidad materna), contribuye a disminuir la mortalidad infantil atribuible a:

- 1) cuidados inadecuados, por la falta de disponibilidad de tiempo de la madre, ante la presencia de más de un infante;
- 2) falta de cuidados maternos, por el fallecimiento de la madre; y
- 3) VIH/SIDA, dado que se pueden prevenir embarazos en mujeres infectadas y consecuentemente la posible transmisión vertical (madre a hijo) (4).

Por otro lado, el control y poder de decisión sobre la salud sexual y reproductiva, otorgado por la planificación familiar, contribuye al mejoramiento de las oportunidades de las mujeres de concluir su formación académica, y de adquirir así, herramientas que les permitan ocupar mejores posiciones y roles mayor remunerados, lo que es benéfico tanto a nivel individual como familiar y social (1).

Además de los beneficios epidemiológicos, el fortalecimiento de la planificación familiar tiene efectos económicos para las mujeres, para el sistema de salud y para la sociedad en su conjunto. En este capítulo, se reportan las estimaciones de los costos económicos y sociales en que incurre el Ministerio de Salud Pública y la sociedad ecuatoriana por la omisión en la provisión de servicios dirigidos a la atención de los problemas señalados. Estos, agrupados en dos objetivos, responden las siguientes preguntas:

Objetivo 1.

Estimar los costos de omisión económicos y sociales.

Se respondieron las siguientes preguntas:

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de planificación familiar? Incluida la demanda insatisfecha.

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planificados? Con énfasis en adolescentes.

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible?

¿Cuánto le cuesta al Estado tratar las complicaciones obstétricas?

Objetivo 2.

Estimar los costos de omisión económicos y sociales del aborto.

Dentro de este objetivo se respondieron las preguntas:

¿Cuál es el costo incurrido por el Ministerio de Salud Pública, MSP, en el tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro?

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP por la atención del aborto seguro, en aquellos casos en los que es legal (Art. 150, numerales 1 y 2 del Código Orgánico Integral Penal, 2014), según el nivel de atención en que se realiza y la técnica que se aplique? Tomando en cuenta diversos métodos para la interrupción legal del embarazo.

Métodos

A continuación se describen los procedimientos seguidos para obtener las estimaciones de costos (unitarios, directos e indirectos) con las que se atendió cada pregunta contenida en los objetivos 1 y 2. Aunque las estimaciones, de manera general, estuvieron determinadas por una ecuación en común ($C = P \times Q$), las fuentes para obtener tanto los precios (P) como las cantidades de servicios pres-

tados/consumidos (Q) difirieron en función de cada pregunta, estableciendo la pauta para el relato de esta sección.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de costos de omisión, desde la perspectiva del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la sociedad(5,6), para cuantificar el costo incurrido por ambos actores, como consecuencia de la satisfacción parcial de las necesidades de salud sexual y salud reproductiva (SSySR) de la población. Este objetivo tiene tres componentes:

Cuantificación de la situación actual de operación de las acciones de SSySR, entendida como el abordaje parcial

Cuantificación de consecuencias de este abordaje parcial (i.e. problemas de salud que son resultado de esta acción incompleta, lo que implica que podrían ser evitados con una acción integral)

Asignación de un valor monetario a las consecuencias del abordaje parcial

Para este estudio, se consideró que la satisfacción incompleta de las necesidades de SSySR constituye una omisión, que en términos aritméticos puede definirse como la diferencia entre el abordaje deseable (completo) y lo actualmente realizado (parcial). Para su cálculo, se identificaron las intervenciones que, aun siendo necesarias, no se realizan y las consecuencias de su no realización (cuantificación de los tipos de daños a la salud y su magnitud).

Se estimaron, con un horizonte temporal de un año (el 2015), los costos directos (médicos) e indirectos (sociales) consecuentes a la omisión de acciones de SSySR, particulares a cada pregunta. Los primeros se definen explícitamente en el ámbito de atención al problema de salud abordado (e.g. atención prenatal y del parto, de complicaciones obstétricas). Dentro de la segunda categoría se estimó la pérdida social atribuible al embarazo adolescente y la mortalidad prematura/prevenible, debida a alguna complicación obstétrica.

La población de análisis fueron las mujeres de 10 a 49 años de edad, con especial énfasis en el grupo de adolescentes, dado el interés del estudio en el embarazo en este subconjunto. Para el componente de planificación familiar se consideró a las mujeres de 12 a 49 años. Los costos fueron calculados en dólares estadounidenses de 2014.⁴

⁴ Calculando la inflación (para el componente de salud) con los índices de precios al consumidor reportados por el INEC (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/indice-de-precios-al-consumidor/>) base 2014, y utilizándola como factor de ponderación para el ajuste de los costos totales.

Fuentes de información

Se utilizó información primaria y secundaria. La primera se extrajo mediante la revisión documental de historias clínicas (HC) en una muestra de 19 establecimientos de salud (ES). La información secundaria procede de diversas bases de datos (BD), provistas por distintas unidades o áreas de las instituciones participantes en el estudio, como la Dirección Nacional de Economía de la Salud del MSP (DES-MSP), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), y los ES visitados (específicamente de las áreas de estadística, financiera, farmacia, mantenimiento y talento humano).

A reserva de detallar su uso y combinación con cada pregunta de investigación, el catálogo de fuentes consultadas para completar las estimaciones comprende:

Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), 2013-2015

Egresos hospitalarios, 2006-2015

Defunciones generales, 2006-2015

Nacidos vivos, 2006-2015

Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 2004

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012

Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), 2015

Presupuesto ejercido, 2013-2015

Salarios otorgados al personal que labora en los ES encuestados, 2015

Precios de adquisición de medicamentos en los ES encuestados, 2015

Precios de adquisición de insumos médicos en los ES encuestados, 2015

Cédulas presupuestarias de los ES encuestados, 2015

Inventario de bienes de capital (e.g. equipo e instrumental médico, mobiliario, vehículos) en los ES visitados, 2015

Servicios generales (e.g. energía eléctrica, telecomunicaciones, agua) consumidos al interior de los ES encuestados, 2015

Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, 2014

Estimación de costos directos (médicos)

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de PF, incluida la demanda insatisfecha?

Para responder esta pregunta se cuantificó el costo actual de operación del programa de planificación familiar y el costo de la oferta ampliada o extendida, requerida para satisfacer a la población no cubierta:

Cuantificación del costo de la oferta actual del programa de PF

Se estimó el costo total de provisión de métodos de PF (sea en consultas iniciales o de seguimiento) en el MSP entre los años 2013-2015, de acuerdo a la ecuación:

$$CT_{\text{parc}} = \sum_{i=1}^n (CU_{\text{inic}} * Q_{\text{inic}_i}) + (CU_{\text{seg}} * Q_{\text{seg}_i}) + (CU_{\text{MAC}_i} * Q_{\text{MAC}_i}) \quad [1]$$

Donde

CT_{parc} Costo total estimado de la provisión de servicios de PF, en su abordaje parcial;

C_{Uinic} Costo unitario de la provisión de consultas iniciales;

Q_{inic i} Cantidad otorgada de consultas iniciales para usuarias del método i;

C_{Useg} Costo unitario de la provisión de consultas de seguimiento;

Q_{seg i} Cantidad otorgada de consultas de seguimiento para usuarias del método i;

C_{UMAC i} Costo unitario de la entrega del método i;

Q_{MAC i} Cantidad entregada del método i en consultas iniciales/seguimiento

Los costos unitarios de la provisión de consultas (iniciales, seguimiento) y de los métodos anticonceptivos se obtuvieron del informe técnico DES-CE-2015-11 (Costeo de prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia) elaborado en el año 2015. Cuadro II. 1.

Cuadro II. 1. Costos unitarios de la asesoría en planificación familiar, métodos temporales, en el MSP. Dólares estadounidenses de 2014

Rubro	Costo unitario
Consulta de primera vez (inicial)	12.4
Precio del método	
Anticonceptivos orales (combinados)	0.4
Anticonceptivos orales (sólo progesterona)	
Microlut	0.5
Escapel	2.5
Anticonceptivos inyectables	1.9
Anticonceptivo oral de emergencia	1.9
Implante subdérmico	
Levonorgestrel (Jadelle)	8.5
Etonorgestrel (Implanon)	16.5
Dispositivo intrauterino (DIU)	0.4
Condón femenino	0.6
Condón masculino	0.5
Consulta subsecuente (supervisión, seguimiento)	7.6

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir del Informe técnico del costeo de prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2015). Dirección Nacional de Economía de la Salud (DES-MSP).

La cantidad de consultas iniciales y de seguimiento por tipo de método se obtuvo a partir de las BD salientes del RDACAA 2013-15, y se ajustaron a partir del “Instructivo de implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos – Acuerdo Ministerial 2490”, donde se establece la frecuencia de ocurrencia de consultas de seguimiento para métodos temporales de uso continuo (anticonceptivos orales –combinados, sólo progesterona; inyecciones y condones). (Véase Anexo 6).

La cantidad de métodos anticonceptivos entregada en consultas iniciales y de seguimiento no está contenida en el RDACAA o en algún otro registro administrativo, por lo que este dato fue estimado (Cuadro II. 2) a partir de la norma oficial de planificación familiar de Ecuador (7), haciendo:

$$Q_{MAC_i} = \sum_{i=1}^n Ent_{sug_i} (Q_{inic_i} + Q_{seg_i}) \quad [2]$$

Donde

Q_{MAC_i} = Total estimado de métodos entregados en consultas iniciales y de seguimiento

Cuadro II. 3. Necesidad insatisfecha de métodos de PF, según estado civil* y grupo de edad **

Categoría	Porcentaje (%)
Estado civil	
Casada/unida	8.8
Separada/Divorciada/Viuda	5.6
Soltera	4.7
Grupo de edad	
12 a 14	0.7
15 a 19	6.3
20 a 24	12.1
25 a 29	12.4
30 a 34	10.8
35 a 39	14.0
40 a 44	9.9
45 a 49	14.5

Notas: * Datos reportados en anexos de ENSANUT para mujeres de 15-49 años, y se utilizaron para estimar las MEF con NIPF; ** Datos calculados por cuenta propia, utilizando el algoritmo ENDEMAIN, y se utilizaron para generar el segundo escenario troncal de estimaciones.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN (2004) y ENSANUT (2012).

Cuadro II. 4. Mujeres en edad fértil (MEF) estimadas, por grupo de edad. Ecuador, 2015

Grupo de edad	Población
12 a 14	489,169
15 a 19	774,320
20 a 24	712,697
25 a 29	653,347
30 a 34	601,967
35 a 39	545,657
40 a 44	483,771
45 a 49	426,699
Total	4,687,627

Fuente: Proyecciones de población SENPLADES 2010-2020.

La población estimada de mujeres con NIPF se distribuyó en ocho escenarios distintos,⁶ determinados por el uso, o intención de uso de métodos anticon

⁶ Se generaron ocho escenarios: cuatro a partir del dato oficial de NIPF, reportado en los anexos del tomo dos de la ENSANUT; y cuatro a partir de la estimación propia del dato de NIPF, usando el algoritmo de seguido en la ENDEMAIN para llegar a la cifra: mujeres sin actividad sexual, que no están embarazadas, no desean estarlo pronto, no reportan problemas de infertilidad y no usan actualmente un método anticonceptivo. De haber coincidido las cifras reportadas por ENSANUT con las obtenidas a partir del algoritmo citado, habrían prevalecido cuatro escenarios. Dada la diferencia entre las cifras, se optó por reportar los ocho mencionados.

utilizaron distintos escenarios de provisión.

Se definieron como mujeres con NIPF aquellas⁵ que no reportan problemas de fertilidad, no están embarazadas, no desean estarlo, son activas sexualmente, pero que no usan algún método de PF (8). Para estimar la cantidad de mujeres con NIPF, se utilizaron dos fuentes secundarias: 1) Reporte de la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva (ENSANUT), del año 2012; y 2) El algoritmo seguido en la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN) conducida por última vez en el año 2004. Esto generó dos escenarios troncales para la estimación de NIPF.

El dato de NIPF reportado para ENSANUT y el estimado con el algoritmo de ENDEMAIN (Cuadro II. 3) se multiplicó por la población de mujeres en edad fértil (MEF) reportado por SENPLADES para 2015 (Cuadro II. 4). El número resultante de este cálculo (la cohorte de población con NIPF) en ambos escenarios, consideró los siguientes supuestos:

La entrada de nuevas usuarias (12 años recién cumplidos) compensa la salida de las que cumplen 50 años.

Existe una afectación en la cantidad de mujeres, atribuible a la mortalidad general femenina en el grupo de 12 a 49 años. Véase Anexo 10.

La NIPF tiene un crecimiento lineal en el tiempo. La ENDEMAIN-2004 establece la NIPF en 4.96%, e incrementa a 7 o 10%, en 2012, según el escenario de estimación (el dato oficial reportado por la ENSANUT y el obtenido aplicando a la BD el algoritmo de la ENDEMAIN), lo que genera un crecimiento anual de 0.26 o 0.65% (resultado del cociente del cambio porcentual de NIPF, entre los ocho años de diferencia entre las encuestas, $0.26 = [7 - 4.96]/8$ y $0.65 = [10 - 4.96]/8$).

No hay abandono ni cambio de método durante el período de análisis.

Las mujeres que eligen algún método permanente de PF (ligadura, vasectomía) salen de la cohorte.

El sistema opera al máximo de su capacidad para atender ligaduras y vasectomías anualmente. El máximo histórico entre 2006 y 2015 fue de 302 vasectomías (año 2013) y 6203 ligaduras (año 2012). Véase Anexo 10.

⁵ Sin importar su estado civil. Tradicionalmente se ha considerado solamente a las mujeres casadas/unidas en la definición de NIPF; en las presentes estimaciones incluimos en los cálculos a las solteras, separadas, divorciadas y viudas, puesto que el riesgo un embarazo no intencionado no responde al estado civil de las usuarias.

1. Para el octavo y último escenario, se utilizó la NIPF obtenida con el algoritmo ENDEMAIN más el deseo de uso reportado por la ENSANUT-2012, y se incluyeron solamente métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 1. Para el octavo y último escenario, se utilizó la NIPF obtenida con el algoritmo ENDEMAIN más el deseo de uso reportado por la ENSANUT-2012, y se incluyeron solamente métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 11.

Para estos ocho escenarios, se calculó la cantidad de usuarias, consultas iniciales (asumiendo una por cada usuaria) seguimiento (usando la distribución de consultas del Cuadro II. 2) y el número de métodos requeridos para satisfacer la necesidad durante el año 2015, de acuerdo a las fórmulas [1] y [2].

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planeados? (énfasis en adolescentes)

Aunque se incluye la pregunta tal y como fue planteada en los TdR, la estimación se extendió para incluir también los embarazos no deseados. Así se conformó una nueva categoría: embarazos no intencionados (ENI).

La ocurrencia de un ENI, atribuible fundamentalmente a la falta de acceso a métodos de PF, genera una demanda potencial por atención prenatal, atención del parto (con producto vivo u óbito), y de las complicaciones que pudiesen resultar de la continuidad del embarazo o las derivadas de la práctica de abortos de manera insegura (se asumió que la totalidad de estos se debe a ENI). Su cálculo se representa con la ecuación:

$$CT_{ENI} = \%_{ENI} * (CT_{APn} + CT_{NV} + CT_{DF} + CT_{CObst}) + CT_{AbIns} \quad [3]$$

Donde

CT_{TENI} Costo total por la atención de embarazos no intencionados;

%_{ENI} Porcentaje reportado de embarazos no intencionados, ajustado al año 2015; Costo total de atención prenatal;

CT_{APn} Costo total por la atención del parto (vaginal, cesárea) cuando el embarazo termina en un(a) nacido(a) vivo(a);

CT_{DF} Costo total por la atención del parto (vaginal, cesárea) cuando el embarazo termina en un óbito;

CT_{CObst} Costo total por la atención de complicaciones obstétricas; Costo to

ceptivos con el fin de calcular la cantidad de usuarias(os), consultas iniciales/seguimiento y el número de métodos requeridos para satisfacer la necesidad durante el año 2015:⁷

El primer escenario consideró la NIPF y el uso actual reportado por la ENSANUT, incluyendo los métodos naturales de anticoncepción (e.g. vaginales, ritmo, retiro, etc.). El supuesto subyacente en este escenario es que la población con NIPF usaría los métodos tal y como lo hacen la(o) s usuaria(o) s actualmente. Véase Anexo 11.

El segundo escenario, al igual que el escenario 1, consideró la NIPF y el uso actual reportado por la ENSANUT-2012, pero solo incluyó los métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 11.

En el tercer escenario, aunque también utilizó información extraída de la ENSANUT-2012, consideró la NIPF y, en lugar del uso reportado, se abocó a considerar el deseo de uso reportado por las respondientes de la encuesta. En este escenario se incluyeron los métodos tradicionales de anticoncepción (e.g. vaginales, ritmo, retiro). Véase Anexo 11.

Semejante al anterior escenario, en el cuarto se consideraron la NIPF y el deseo de uso reportado por la ENSANUT-2012, con la salvedad de que solo se incluyeron métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 11.

Para el quinto escenario se recurrió a la NIPF estimada a partir del algoritmo ENDEMAIN y el uso actual reportado por la ENSANUT y se incluyeron métodos tradicionales de anticoncepción (e.g. vaginales, ritmo, retiro). Este escenario coincide con el primero en el supuesto de que la población con NIPF usaría los métodos tal y como lo hacen la(o) s usuaria(o) s actuales. Véase Anexo 11.

Este escenario asemeja al número 2, pero difieren en que la NIPF se calculó a partir del algoritmo ENDEMAIN y el uso actual reportado por la ENSANUT, incluyendo solamente métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 11.

En el séptimo escenario se consideró la NIPF calculada a través del algoritmo ENDEMAIN y el deseo de uso reportado por la ENSANUT, incluyendo los métodos tradicionales de anticoncepción (e.g. vaginales, ritmo, retiro). Véase Anexo 11.

⁷ En este capítulo se presentan las estimaciones para un periodo de la cohorte (2015), y en el capítulo tres se muestran los resultados para los cuatro periodos (2014-2017)

Para el octavo y último escenario, se utilizó la NIPF obtenida con el algoritmo ENDEMAIN más el deseo de uso reportado por la ENSANUT-2012, y se incluyeron solamente métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 1. Para el octavo y último escenario, se utilizó la NIPF obtenida con el algoritmo ENDEMAIN más el deseo de uso reportado por la ENSANUT-2012, y se incluyeron solamente métodos modernos de anticoncepción. Véase Anexo 11.

Para estos ocho escenarios, se calculó la cantidad de usuarias, consultas iniciales (asumiendo una por cada usuaria) seguimiento (usando la distribución de consultas del Cuadro II. 2) y el número de métodos requeridos para satisfacer la necesidad durante el año 2015, de acuerdo a las fórmulas [1] y [2].

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planeados? (énfasis en adolescentes)

Aunque se incluye la pregunta tal y como fue planteada en los TdR, la estimación se extendió para incluir también los embarazos no deseados. Así se conformó una nueva categoría: embarazos no intencionados (ENI).

La ocurrencia de un ENI, atribuible fundamentalmente a la falta de acceso a métodos de PF, genera una demanda potencial por atención prenatal, atención del parto (con producto vivo u óbito), y de las complicaciones que pudiesen resultar de la continuidad del embarazo o las derivadas de la práctica de abortos de manera insegura (se asumió que la totalidad de estos se debe a ENI). Su cálculo se representa con la ecuación:

$$CT_{ENI} = \%_{ENI} * (CT_{APn} + CT_{NV} + CT_{DF} + CT_{CObst}) + CT_{AbIns} \quad [3]$$

Donde

CT_{TENI} Costo total por la atención de embarazos no intencionados;

%_{ENI} Porcentaje reportado de embarazos no intencionados, ajustado al año 2015; Costo total de atención prenatal;

CT_{APn} Costo total por la atención del parto (vaginal, cesárea) cuando el embarazo termina en un(a) nacido(a) vivo(a);

CT_{DF} Costo total por la atención del parto (vaginal, cesárea) cuando el embarazo termina en un óbito;

CT_{CObst} Costo total por la atención de complicaciones obstétricas; Costo to-

tal por la atención de complicaciones del aborto practicado en condiciones inseguras (véase Cuadro Anexo 1 y metodología para responder la pregunta correspondiente)

La fórmula [3] a su vez se puede desagregar como:

$$CT_{ENI} = \%ENI * ((CU_{CPn} * Q_{CPn}) + (CU_{NV} * Q_{NV}) + (CU_{DF} * Q_{DF}) + (CU_{CObst} * Q_{CObst})) + (CU_{AbIns} * Q_{AbIns}) \quad [3.1]$$

Donde

CU_{CPn} Costo unitario de controles prenatales;

Q_{CPn} Cantidad de controles prenatales registrados;

C_{UNV} Costo unitario de la atención de parto con nacido(a) vivo(a);

Q_{NV} Cantidad de nacidos(as) vivos(as) reportados(as);

C_{UDF} Costo unitario de atención del parto con óbito;

Q_{DF} Cantidad de óbitos ocurridos;

CU_{CObst} Costo unitario de la atención de complicaciones obstétricas;

Q_{CObst} Casos con complicaciones obstétricas;

CU_{AbIns} Costo unitario de la atención de complicaciones salientes de la práctica de abortos en condiciones inseguras;

Q_{AbIns} Casos con complicaciones salientes de la práctica del aborto en condiciones inseguras

La ENSANUT explora el deseo de embarazo de las encuestadas mediante la pregunta f2201 en el módulo explícito para mujeres en edad fértil: En este embarazo...

a) Quería quedar embarazada;

b) Quería esperar más tiempo;

c) No quería embarazarse. El número de embarazadas que respondió tanto b como c fue combinado en la categoría de ENI. Pero, en vista de que se requería un valor que representara 2015 y que este reporte tiene cuatro años de antigüedad, se ajustó su valor con el siguiente procedimiento:

Se creó la variable que agrupa los ENI (denominada de la misma manera), en las BD resultantes de la ENDEMAIN y de la ENSANUT.

Se obtuvo la distribución de ENI por grupo de edad a partir de ambas BD. Cuadro II. 5.

Cuadro II. 5. Intención de embarazo (en porcentaje) según grupos de edad, de acuerdo a la ENDEMAIN y la ENSANUT

Grupo de edad	ENDEMAIN (2004)		ENSANUT (2012)	
	Sí	no	sí	no
10 a 14 ¹	0	100	0	100
15 a 19	35	65	37	63
20 a 24	48	52	32	68
25 a 29	53	47	40	60
30 a 34	45	55	56	44
35 a 39	50	50	34	66
40 a 44	61	39	45	55
45 a 49 ²	0	100	0	100

¹Dada la ausencia de reporte en este grupo de edad, se asumió un 100% de no intención de embarazo;

² ENSANUT no reporta datos para este grupo de edad, por lo que se asumió que el reporte de ENDEMAIN (100% de ENI) se mantuvo en el tiempo.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de ENDEMAIN (2004) y ENSANUT (2012).

1. Para establecer el incremento/decremento en el deseo de embarazo en el tiempo, se aplicó la siguiente fórmula, asumiendo una tendencia lineal a lo largo de los ocho años de diferencia entre ambos reportes (ENDEMAIN de 2004 y ENSANUT de 2012):

$$\Delta\%_{ENI_i} = \frac{(\%_{ENSANUT_i} - \%_{ENDEMAIN_i})}{8} \quad [4]$$

Donde

$\Delta\%_{ENI_i}$ Gradiente de cambio absoluto en ENI para el grupo de edad i, entre encuestas;

$\%_{ENSANUT_i}$ Porcentaje reportado para ENI en ENSANUT en el grupo de edad i;

$\%_{ENDEMAIN_i}$ Porcentaje reportado para ENI en ENDEMAIN en el grupo de edad i

4. Habiendo obtenido el gradiente de cambio a 2012, siguieron tres iteraciones para actualizar el valor de ENI al año 2015, desde el 2013 :

$$ENI_{ajij} = \%_{ENSANUT_{ij-1}} + \Delta\%_{ENI} \quad [5]$$

Donde

ENI_{ajij} Valor de ENI ajustado para el grupo de edad i en el año j;

%ENSANUT ⁱⁱ⁻¹ Porcentaje reportado para ENI en el grupo de edad *i*, en el año *j-1* (porcentaje del año anterior)

5. Finalmente se obtuvo la distribución que se muestra en el Cuadro II. 6.

Cuadro II. 6. Intención de embarazo ajustada a 2015, según grupos de edad

Grupo de edad	Intención de embarazo (%)	
	Sí	No
10 a 14	0	100
15 a 19	38	62
20 a 24	27	73
25 a 29	35	65
30 a 34	60	40
35 a 39	27	73
40 a 44	39	61
45 a 49 ¹	0	100

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de ENDEMAIN (2004) y ENSANUT (2012).

La distribución mostrada en el Cuadro II. 6 se aplicó a la cantidad de controles prenatales, partos y complicaciones obstétricas, para ajustarlas según la intención del embarazo. Cuadro II. 7.

Cuadro II. 7. Parámetros utilizados en la estimación del costo total del embarazo no intencionado, de acuerdo a la ecuación 3.1, para el año 2015

Nombre	Parámetro ¹	Fuente	Observaciones
Q_{CPn}	Cantidad de controles prenatales otorgados en promedio durante 2015	BD nacidos vivos (2015)	Se estimaron según el grupo de edad y la vía del parto (vaginal o por cesárea)
Q_{NV}	Cantidad de nacidos vivos reportados durante 2015	BD nacidos vivos (2015)	Se ajustaron de acuerdo a la distribución de nacidos en el mismo parto (98.9% partos únicos, 1.14% dobles, y 0.01% triples o mayores)
Q_{DF}	Cantidad de óbitos reportados durante 2015	BD defunciones fetales (2015)	También se estimaron los controles prenatales en estos casos

Q_{CObst}	Casos de complicaciones obstétricas registrados 2015	BD egresos hospitalarios (2015)	Se consideraron las que a partir de la exploración de los egresos hospitalarios tuvieron mayor importancia relativa (aborto, HTA, hemorragia, IVU), y las consideradas por la OMS como complicaciones obstétricas severas (parto obstruido, cesárea de emergencia, sepsis puerperal).
-------------	--	---------------------------------	---

Los casos de complicaciones por la práctica de aborto en condiciones inseguras no se ajustaron al porcentaje de ENI puesto que se asumió que la totalidad de ellos pertenecían a esa categoría. El conteo de estos casos se describe en la respuesta a la pregunta de investigación concerniente al costo total de la atención de complicaciones del aborto practicado en condiciones inseguras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

En relación a los costos unitarios, el de la atención prenatal (Cu_{CPn}) proviene del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (TPSNS, véase Anexo 12). Para la atención del parto, independientemente de que el producto fuese nacido(a) vivo(a) (Cu_{NV}) o no (Cu_{DF}), la atención de las complicaciones del aborto inseguro (Cu_{Abins}) y de las complicaciones obstétricas (Cu_{CObst}), el costo unitario (y los intervalos de confianza) se estimaron con la información compilada en la visita realizada a los 19 ES (véase Anexo 7).

Habiéndose obtenido el consumo en que incurre el MSP por la atención prenatal, del parto, de las complicaciones obstétricas (ajustadas por la intención de embarazo), y las complicaciones posaborto inseguro; así como los costos unitarios de estas intervenciones, se resolvió la ecuación 3.1 para obtener el costo total de la atención de embarazos no intencionados. Los parámetros que mayor impactan en el costo debido a la ocurrencia de embarazos no intencionados fueron evaluados con un análisis de sensibilidad determinístico –univariado (Véase Anexo 13).

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible?

Del Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna (9) se extrajo un listado de complicaciones que pueden ser prevenidas con intervenciones altamente costo-efectivas. Estas complicaciones, enlistadas a continuación, han sido además identificadas por la OMS como principales causas de mortalidad materna prevenible (10):

- Aborto séptico (códigos CIE10: O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050)

Eclampsia (O151, O150, O152, O159)

Hemorragia post-parto (O720, O722, O721, O72)

Sepsis puerperal (O85)

Se planteó la ecuación:

$$CT_{CPrev} = CU_{AbSept} * Q_{AbSept} + CU_{Ecl} * Q_{Ecl} + CU_{HemPosp} * Q_{HemPosp} + CU_{SepsPuer} * Q_{SepsPuerp} \quad [6]$$

Donde

CT_{CPrev} Costo total de atención de la morbilidad prevenible;

CU_{AbSept} Costo unitario de la atención del aborto séptico;

Q_{AbSept} Casos de abortos sépticos registrados;

CU_{Ecl} Costo unitario de la atención de eclampsia;

Q_{Ecl} Casos de eclampsia registrados;

CU_{HemPosp} Costo unitario de la atención de la hemorragia posparto;

Q_{SepsPuerp} Casos de hemorragia posparto registrados;

CU_{SepsPuer} Costo unitario de la atención de sepsis puerperal;

Q_{SepsPuerp} Casos de sepsis puerperal registrados

La cantidad de casos se obtuvo de los registros contenidos en la BD egresos hospitalarios del año 2015, y los costos unitarios utilizados para la cuantificación del total incurrido en su atención, fueron estimados con información obtenida en los ES visitados durante el trabajo de campo (véase Anexo 7). El caso de la mortalidad prevenible se presenta en la siguiente subsección (estimación de costos indirectos).

¿Cuánto le cuesta al estado atender las complicaciones obstétricas?

Mediante la exploración de los egresos hospitalarios se obtuvo el listado de complicaciones obstétricas más importantes para el país, sea por su mayor frecuencia de aparición o su severidad. Cuadro II. 8.

Cuadro II. 8. Complicaciones obstétricas consideradas en el estudio de costos de omisión

Categoría	Sub categoría	Código CIE-10
Aborto ¹	Embarazo ectópico	O00
	Mola hidatiforme	O01
	Otros productos anormales de la concepción/abortos espontáneos	O02, O03
Hipertensión (HTA) gestacional	Leve	O13
	Pre eclampsia	O14
	Eclampsia / síndrome de HELLP	O15
Hemorragia	Incluye todas sin distinguir nivel de severidad	O200, O208, O209, O441, O45, O46, O67, O71, O72
Infección de vías urinarias (IVU)	Incluye todas sin distinguir el punto del tracto urinario en que ocurran	O23
Parto	Obstruido	O64, O65, O660
Cesárea	De emergencia	O821, O822
Sepsis puerperal	Dehiscencia de herida quirúrgica	O900, O901
	Infección de herida quirúrgica	O860
	Otras	O85, O861, O862, O863, O864, O868, O902
Otras ²	-	Resto de códigos

¹ Excluye los abortos médicos (legales) y los inseguros, pues se abordan esos casos en dos preguntas de investigación separadas (¿Cuál es el costo de atención de complicaciones de embarazos practicados de manera insegura?, y ¿Cuál es el costo de atención de los casos de aborto legales?); ² Excluye los partos espontáneos y las cesáreas electivas.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

La ecuación utilizada para estimar el costo de atención de las complicaciones obstétricas fue:

$$\begin{aligned}
CT_{CObst} = & (CU_{EmbEct} * Q_{EmbEct}) + (CU_{Mola} * Q_{Mola}) \\
+ & (CU_{OtroAb} * Q_{OtroAb}) + (CU_{HTALeve} * Q_{HTALeve}) + (CU_{Preecl} * Q_{Preecl}) \\
+ & (CU_{Ecl/HELLP} * Q_{Ecl/HELLP}) + (CU_{Hem} * Q_{Hem}) + (CU_{IVU} * Q_{IVU}) \\
+ & (CU_{Partobs} * Q_{Partobs}) + (CU_{CesEmerg} * Q_{CesEmerg}) + (CU_{DHQ} * Q_{DHQ}) \\
+ & (CU_{IHQ} * Q_{IHQ}) + (CU_{SepsOtra} * Q_{SepsOtra}) \quad [7]
\end{aligned}$$

Donde

CT_{CObst}	Costo total de atención de complicaciones obstétricas;
CU_{EmbEct}	Costo unitario de la atención del embarazo ectópico;
Q_{EmbEct}	Casos de embarazo ectópico registrados;
CU_{Mola}	Costo unitario de la atención de mola hidatiforme;
Q_{Mola}	Casos de mola hidatiforme registrados;
CU_{OtroAb}	Costo unitario de la atención de otros productos anormales de la concepción;
Q_{OtroAb}	Casos de otros productos anormales de la concepción registrados;
CU_{HTALeve}	Costo unitario de la atención de hipertensión gestacional en su forma más leve;
Q_{HTALeve}	Casos de hipertensión gestacional en su forma más leve registrados;
CU_{Preecl}	Costo unitario de la atención de pre-eclampsia;
Q_{Preecl}	Casos de pre-eclampsia registrados;
CU_{Ecl/HELLP}	Costo unitario de la atención de eclampsia/síndrome de HELLP;
Q_{Ecl/HELLP}	Casos de eclampsia/síndrome de HELLP registrados;
CU_{Hem}	Costo unitario de la atención de hemorragias;
Q_{Hem}	Casos de hemorragia registrados;
CU_{IVU}	Costo unitario de la atención de infecciones de vías urinarias;
Q_{IVU}	Casos de infección de vías urinarias registrados;
CU_{Partobs}	Costo unitario de la atención del parto obstruido;

Q_{Partobs}	Casos de parto obstruido registrados;
CU_{CesEmerg}	Costo unitario de la atención de cesáreas de emergencia;
Q_{CesEmerg}	Casos de cesárea de emergencia registrados;
C_{UDHQ}	Costo unitario de la atención de dehiscencia de herida quirúrgica;
Q_{DHQ}	Casos de dehiscencia de herida quirúrgica registrados;
C_{UIHQ}	Costo unitario de la atención de infección de herida quirúrgica;
Q_{IHQ}	Casos de infección de herida quirúrgica registrados;
CU_{SepsOtra}	Costo unitario de la atención de otras sepsis;
Q_{SepsOtra}	Casos de otras sepsis registrados

El número de complicaciones utilizadas en las estimaciones se obtuvo de la BD egresos hospitalarios del año 2015, mientras que los costos unitarios de su atención fueron estimados con información obtenida en los ES visitados durante el trabajo de campo (véase Anexo 7).

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP para tratar las complicaciones del aborto inseguro?

En vista de que aún para los casos en los que el servicio de interrupción de embarazo debe ser otorgado por el sistema de salud (aquellas causales contenidas en el código penal de Ecuador), en la recolección de datos de este estudio no se encontraron registros que dieran cuenta de la provisión de este tipo de atención. Lo que da cuenta del posible sub-registro existente, probablemente a causa del estigma persistente en torno al aborto, puesto que muchas complicaciones posaborto posiblemente no llegan a los servicios formales de salud y otras tantas podrían encubrirse bajo otros diagnósticos (11). Ante este contexto, se realizó una revisión de literatura en busca de los códigos CIE que potencialmente podrían ser utilizados para disfrazar abortos practicados de manera insegura (y sus complicaciones), encontrándose disenso en la selección de éstos entre diversas fuentes (12–14).

Ante esta situación, se seleccionaron los códigos que la OMS, tanto en la novena como en la décima revisión de la CIE, establece que agrupan los casos de aborto practicado de manera ilegal, y por definición insegura (636-639 en la novena revisión, O05-O07 en la décima –codificación de uso vigente en las BD revisadas) (15,16). Estos fueron usados para extraer de la BD egresos hospitalarios las complicaciones posaborto inseguro más frecuentes (aborto incompleto, hemorragia, infección, y otras –como embolia).

Se estimó el costo total de atender a las usuarias de los servicios que acuden con un aborto en evolución más una complicación, es decir, donde la atención implica, además de la compleción del aborto (vaciado total del útero), la atención de la complicación presentada. La fórmula siguiente se utilizó para estimar el costo total de los casos mencionados más aquellos en que el aborto, aun habiéndose completado, deja secuelas que requieren atención.

$$\begin{aligned}
 CT_{AbIns} = & CU_{AbInc} * \\
 & \left((Q_{AbIncSC}) + (CU_{AbHem} * Q_{AbIncHem}) \right) \\
 & \left(+ (CU_{AbSeps} * Q_{AbIncSeps}) + (CU_{AbOtra} * Q_{AbIncOtra}) \right) \\
 & + (CU_{AbHem} * Q_{AbComplHem}) + (CU_{AbSeps} * Q_{AbComplSeps}) \\
 & + (CU_{AbOtra} * Q_{AbComplOtra}) \quad [8]
 \end{aligned}$$

Donde

CT_{AbIns} Costo total de atención de complicaciones posaborto inseguro;

CU_{AbInc} Costo unitario de la atención del aborto incompleto;

Q_{AbIncSC} Casos registrados de aborto incompleto sin complicaciones;

CU_{AbHem} Costo unitario de la atención de hemorragia posaborto;

Q_{AbIncHem} Casos registrados de aborto incompleto que adicionalmente presentan una hemorragia;

CU_{AbSeps} Costo unitario de la atención de sepsis posaborto;

Q_{AbIncSeps} Casos registrados de aborto incompleto que adicionalmente presentan una sepsis;

CU_{AbOtra} Costo unitario de la atención de otras complicaciones posaborto;

Q_{AbIncOtra} Casos registrados de aborto incompleto que adicionalmente presentan otra complicación;

Q_{ComplHem} Casos registrados de aborto completo que presentan hemorragia;

Q_{AbComplSeps} Casos registrados de aborto completo que presentan una sepsis;

Q_{AbComplOtra} Casos registrados de aborto completo que presentan otra complicación

Los casos registrados de abortos completos e incompletos, con y sin complicaciones, corresponden a los contenidos en la BD de egresos hospitalarios

para el año 2015, mientras que los costos unitarios de su atención fueron estimados con la información obtenida en los ES visitados durante el trabajo de campo (véase Anexo 7). Dadas las discrepancias sobre la forma de medir la ocurrencia de abortos inseguros, se utilizó el método AICM, propuesto por el Instituto Guttmacher (17) para ajustar la cifra, y se presenta para fines de comparación con lo reportado en los registros vitales disponibles.

¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro? (los casos legales)

No existe en el país registro administrativo de los abortos seguros atendidos, que son los estipulados en el Código Integral Penal como exentos de penalización legal (18)⁸, lo que dificultó estimar el costo que representa para el MSP la atención de éstos. Sin embargo, en la base de egresos hospitalarios se detectaron registros bajo el código CIE O04 (abortos médicos-terapéuticos-legales) y se asumió que estos podrían representar una proporción de los abortos sujetos al marco regulatorio vigente, al menos una parte de los que requieren realizados para salvar la vida de la madre. Para la estimación se utilizó la ecuación 9:

$$CT_{AbMed} = Tec_{EU} * CU_{TecEU} * Q_{AbMed} \quad [9]$$

Donde:

CT_{AbMed} Costo total de atención del aborto seguro;

Tec_{EU} Técnica de evacuación uterina utilizada (Aspiración Mecánica Endouterina –AMEU, Legrado Uterino Instrumental –LUI, fármacos) para evacuar el útero (véase Anexo 14);

CU_{TecEU} Costo unitario de la atención del aborto, según la técnica de evacuación del útero;

Q_{AbMed} Casos de aborto legal registrados

Los casos registrados de abortos legales fueron obtenidos de la BD egresos hospitalarios para el año 2015, (véase Cuadro II. 7), y los costos unitarios de su atención fueron estimados con la información obtenida en los establecimientos de salud visitados durante el trabajo de campo (véase Anexo 7).

Estimación de costos indirectos (sociales)

Los costos indirectos se refieren a las consecuencias del embarazo para el conjunto social, expresadas en tres fenómenos: la ocurrencia de embarazos en

⁸ El aborto en Ecuador solo es permitido ante riesgo inminente de muerte de la mujer o en caso de violación de una mujer con discapacidad mental.

adolescentes, la mortalidad temprana y la mortalidad materna prevenible. En el primero se midieron los años de escolaridad truncos e ingresos no percibidos a lo largo de la vida por el abandono escolar; el segundo como la pérdida productiva por el deceso de manera prematura (antes de completar la esperanza de vida para el país); y en el tercer fenómeno se consideró las pérdidas debidas a muerte prematura pero específicamente por alguna de las causas de muerte obstétrica prevenible.

Embarazo adolescente

Se midieron dos consecuencias del embarazo adolescente:

Años de escolaridad perdidos por el abandono de los estudios, dado un embarazo

Ingreso perdido a lo largo de la vida, dada la escolaridad máxima alcanzada al momento de abandonar los estudios

Para llegar a estas cifras, se siguió el siguiente algoritmo:

Estimación de la cantidad de embarazos adolescentes (**Emb_{adolesc}**) durante el año 2015:

$$\text{Emb}_{\text{adolesc}} = \text{NV}_{\text{adolesc}} + \text{DF}_{\text{adolesc}} + \text{Aborto}_{\text{adolesc}} \quad [10]$$

Donde

NV_{adolesc} Nacidos vivos de madres adolescentes;

DF_{adolesc} Defunciones fetales en madres adolescentes;

Aborto_{adolesc} aborto, en adolescentes

Estimación de la proporción de estudiantes que abandonaron los estudios a consecuencia del embarazo (**%AbEsc_{emb}**) ajustada al año 2015:

Usando datos de ENDEMAIN y ENSANUT, se obtuvieron los porcentajes de mujeres que abandonaron los estudios a consecuencia de haber quedado embarazada. En el Cuadro II. 9 se muestran los pasos seguidos para su obtención, a partir de las respuestas positivas en las preguntas mostradas. Los porcentajes obtenidos en el cuarto paso fueron ajustados a 2015 usando la misma lógica de las fórmulas 4 y 5 (refiérase a los métodos para ajustar ENI a 2015).

Cuadro II. 9. Pasos para obtener el porcentaje de mujeres embarazadas que abandonaron los estudios como consecuencia del embarazo

Paso	Pregunta		Número		Respuestas posibles	
	ENDEMAIN	ENSANUT	ENDEMAIN	ENSANUT	ENDEMAIN	ENSANUT
1 (Embarazadas)	¿Actualmente está usted embarazada?	¿Actualmente está usted embarazada?	p300	f2200	sí; no; no sabe	sí; no; no sabe
2 (Embarazadas que estudiaban)	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	¿Era estudiante cuando se quedó embarazada?	p825	f2626	sí; no	sí; no
3 (Embarazadas que estudiaban y truncaron sus estudios)	¿Interrumpió sus estudios?	¿Interrumpió sus estudios?	p827	f2628	sí; no	sí; no
4 (Embarazadas que estudiaban y truncaron sus estudios definitivamente)	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó el embarazo?	¿Siguió asistiendo a clases luego que terminó este embarazo?	p829	f2630	sí; no	sí; no

Nota: El porcentaje en cada paso se ciñe a las respuestas positivas a la pregunta del paso anterior (e.g. para llegar al porcentaje de embarazadas que estudiaban –paso 2, hay que tomar a las mujeres que respondieron “sí” estar actualmente embarazadas, y que respondieron “sí” estar estudiando cuando supieron del embarazo)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN y ENSANUT.

1. La cantidad de embarazadas que truncaron sus estudios () fue obtenida mediante la siguiente fórmula:

$$Emb_{AbEsc} = Emb_{adolesc} * \%AbEsc_{emb} \quad [11]$$

2. El total obtenido en el numeral anterior, fue desagregado según el grado máximo de estudios alcanzado al momento de abandonar los estudios ($EscMax_{EmbAbEsc}$). De nuevo, utilizamos datos de ENDEMAIN y ENSANUT para ajustar la distribución al año 2015.
3. Luego, los años de escolaridad perdidos, según el grado máximo alcanzado al momento de abandonarlos ($AñosEsc_{EmbAbEsc}$), se estimaron como:

$$AñosEsc_{EmbAbEsc} = \sum_{i=1}^n EscMax_{EmbAbEsc_i} * EscRem_i \quad [12]$$

Donde

$AñosEsc_{EmbAbEsc}$ Años de escolaridad faltantes para completar la educación formal (compuesta por 10 años de educación básica, 3 de media o bachillerato y 4 de universidad o educación superior, para un total de 17 años). Por tanto,

si el abandono ocurrió en el nivel básico, se asumió un faltante de 7 años y si el abandono sucedió cuando la mujer había cursado el nivel medio/bachillerato, el faltante era de 4 años.

Cálculo del ingreso esperado a lo largo de la vida, según la escolaridad y el grupo de edad. Haciendo uso de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) en su edición de diciembre de 2015, se obtuvo el ingreso mensual esperado para mujeres de 15 a 49 años, ajustando por desempleo, escolaridad y grupo de edad quinquenal. Luego, la cifra se proyectó a su valor anual.

Este ingreso anual se proyectó hasta la edad de retiro de las mujeres (60 años), según el nivel de escolaridad reportado en la encuesta (ng_{Esc}):

$$Ing_{Esc} = \sum_{i=1}^n (5 * Ing_{15-59i}) + (Ing_{60-64}) \quad [13]$$

Donde

Ing_{15-59i} Ingreso del grupo quinquenal i (comenzando desde el grupo de edad de 15 a 19, hasta el de 55 a 59), multiplicado por los cinco años que se percibe (i.e. mientras se está en el grupo de edad y se cambia al siguiente);

Ing₆₀₋₆₄ Ingreso entre los 60 y los 64 años. Dado que la edad de retiro de las mujeres es de 60 años, se contabiliza una sola vez (i.e. no se multiplica por los cinco años de permanencia en el quinquenio, y sí durante un año)

Cálculo del ingreso perdido dado el abandono de estudios por el embarazo, según el nivel de escolaridad (i), asumiendo que el máximo de estudios alcanzable es el nivel superior/licenciatura; y que de haber continuado los estudios, el ingreso de la cohorte de mujeres que los abandonan sería el mismo observado para el resto:

$$Ing_{pAbEsc} = EscMax_{EmbAbEsc} * (Ing_{EscSup} - Ing_{Esci}) \quad [14]$$

Donde

Ing_{EscSup} Ingreso esperado hasta la edad de retiro en mujeres con nivel de escolaridad superior;

Ing_{Esci} Ingreso esperado hasta la edad de retiro en mujeres con nivel de escolaridad i (educación básica, media/bachillerato)

Mortalidad prematura vinculada a muerte materna

La cantidad de muertes ocurridas se obtuvo de la BD de defunciones generales (2015), usando los códigos O00-98 de la CIE en su décima revisión⁹.

En una primera aproximación al costo social, el número de muertes fue multiplicado por el ponderador de valoración estadística de un año de vida (**VS LY (19)**, por su sigla en inglés de **Value of a Statistical Life Year**) estimado para la región latinoamericana y por el PIB per cápita. De acuerdo a esta metodología, la pérdida social por mortalidad prematura se correlaciona positivamente con el producto interno bruto (PIB) per cápita del país (19):

$$C_{soc} = N_{fall} * Pond_{VSLY} * PIB_{p/c} \quad [15]$$

Donde

C_{soc} Costo social de la muerte prematura;

N_{fall} Número de muertes maternas registradas en el período;

Pond_{VSLY} Factor de ponderación (escenario 1= 80; escenario 2= 70) de la muerte en el conjunto social, basado en VSLY (19);

PIB_{p/c} PIB per cápita en el país

Una segunda aproximación a la pérdida social se realizó usando la metodología de capital humano. En este caso se requirió estimar los años de vida productiva perdidos por muerte prematura (AVPP), considerando la esperanza de vida al nacer (EVN) y la edad de retiro, y los ingresos perdidos, ajustados por el nivel de escolaridad esperado. Por ello:

Se estimaron los años de vida perdidos debidos a la muerte prematura (AVP):

$$AVP = \sum_{i=1}^n (EVN) - (E.Def_i) \quad [16]$$

Donde

EV_N Esperanza de vida de las mujeres en Ecuador en el 2015 (79.5 años) (20);

E.Def_i Edad al momento de la muerte de la mujer i

⁹ Se consideraron todos los casos (oportunos y tardíos) dado el horizonte temporal del estudio (un año, 2015) pues se buscó estimar la pérdida social atribuible a todas las muertes, a diferencia del cálculo de la RMM donde solamente se consideran las muertes oportunas.

Se estimaron los años de vida productiva perdidos por muerte prematura (AVPP):

$$AVPP = \sum_{i=1}^n (\text{Retiro}) - (E.\text{Def}_i) \quad [17]$$

Donde

Retiro Edad de retiro de mujeres ecuatorianas;

E.Def_{efi} Edad al momento de la muerte de la mujer i

3. Se calculó, a partir del dato anterior, la pérdida productiva por mortalidad prematura (**Perd_{social}**):

$$\text{Perd}_{\text{social}} = 12 \sum_{i=1}^n AVPP * \text{Salario}_{\text{mes}_i} \quad [18]$$

Donde

Salario_{mes_i} Ingreso mensual de la mujer i, según escolaridad, obtenido a partir de ENEMDU (2015)

Mortalidad prematura prevenible

Para su conteo, se consideraron prevenibles las muertes provocadas por alguno de los eventos mencionados con anterioridad (en la descripción de la estimación del costo total de complicaciones prevenibles), y se aplicaron como filtro en la BD de defunciones generales (2015):

Aborto séptico (códigos CIE10: O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050)

Eclampsia (O151, O150, O152, O159)

Hemorragia post-parto (O720, O722, O721, O72)

Sepsis puerperal (O85)

Luego, las dos aproximaciones descritas para la estimación de la pérdida social por mortalidad prematura fueron aplicadas a estos casos (fórmulas 15-18) para obtener estimaciones de la mortalidad prevenible.

Organización de los resultados

La presentación de los resultados en esta sección inicia con un apartado descriptivo, que contiene las características y distribución de las usuarias y de indicadores utilizados en las estimaciones de costos.

Por su parte las estimaciones de costos, que responden las preguntas planteadas en los objetivos 1 y 2 del estudio, se organizó en dos grandes categorías de costos: costos de omisión y de prevención. En los primeros se incluyen el costo directo (médico) de atender las consecuencias del abordaje parcial de SSySR y el costo social resultante de dicha omisión; mientras que en los costos de prevención se incluyen aquellos que posibilitan la prevención de costos mayores (atribuibles a la ocurrencia de padecimientos, muertes maternas y embarazos no intencionados). Esta organización facilita la comprensión de los resultados, sin descuidar las preguntas a responder. Se muestran a continuación las categorías de agregación de los resultados y las preguntas del estudio contenidas en cada una de ellas.

Categoría 1- Costos de omisión

Costo directo (médico)

¿Cuánto le cuesta al Estado cubrir la oferta parcial (actual) de PF?

Estimación del costo total de operación del programa de provisión de métodos de PF, según el número de consultas iniciales/seguimiento y la cantidad de métodos entregada en cada sesión, durante los años 2013-15

¿Cuánto le cuesta al Estado no prevenir los embarazos no planeados?

Se presenta la cantidad de embarazos no intencionados (ENI) según grupos de edad, provincias y regiones geográficas. Asimismo, se presenta el costo total por la atención de estos (en términos de controles prenatales y de la atención del parto, sean vía vaginal o cesárea) con los mismos estratos

¿Cuánto le cuesta al Estado atender la morbilidad y mortalidad materna prevenible?

Aquí se encontrará la cantidad de casos que constituyen una complicación obstétrica evitable, así como el costo total de su atención, usando los mismos estratos de la pregunta anterior. La mortalidad prevenible se aborda en la descripción de costos indirectos

¿Cuánto le cuesta al estado atender las complicaciones obstétricas?

Nuevamente presentados según grupos de edad, provincias y regiones, en esta respuesta se podrán encontrar los casos contabilizados y el costo total por la atención de embarazos que terminan en aborto (exceptuando los casos de abortos inseguros y legales, objeto de las dos preguntas siguientes), infecciones de vías urinarias, hipertensión gestacional, hemorragia, sepsis, parto obstruido, cesárea de emergencia

¿Cuál es el costo incurrido por el MSP para tratar las complicaciones del aborto inseguro?

En respuesta a esta pregunta son descritos los casos de complicaciones resultantes de la práctica del aborto inseguro, basados en registros oficiales (egresos hospitalarios). En la sección de anexos se podrán encontrar resultados para la estimación del costo totales, usando distintos reportes de la literatura disponible

Costo social o indirecto

Por la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Se presentan los casos estimados de adolescentes que abandonaron los estudios a causa de un embarazo, los años de escolaridad y el ingreso potencial perdido, según el nivel en que se abandonaron los estudios.

Por las muertes ocurridas por causas obstétricas, y la pérdida social asociada a muertes prevenibles (usando cuatro padecimientos como clasificadores: aborto séptico, hemorragia posparto, eclampsia, sepsis puerperal) para Ecuador.

Categoría 2- Costos de prevención

¿Cuánto le costaría al Estado cubrir por completo las necesidades de PF incluida la demanda insatisfecha? Los resultados presentados corresponden a 2015.

¿Cuál es el costo de prevenir embarazos no intencionados?

¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro (casos legales)?

Dado que no existen registros en el país de los abortos legales realizados, se presenta el costo de atender los abortos registrados bajo el código CIE-10 O04, aborto médico (legal, terapéutico).

Resultados

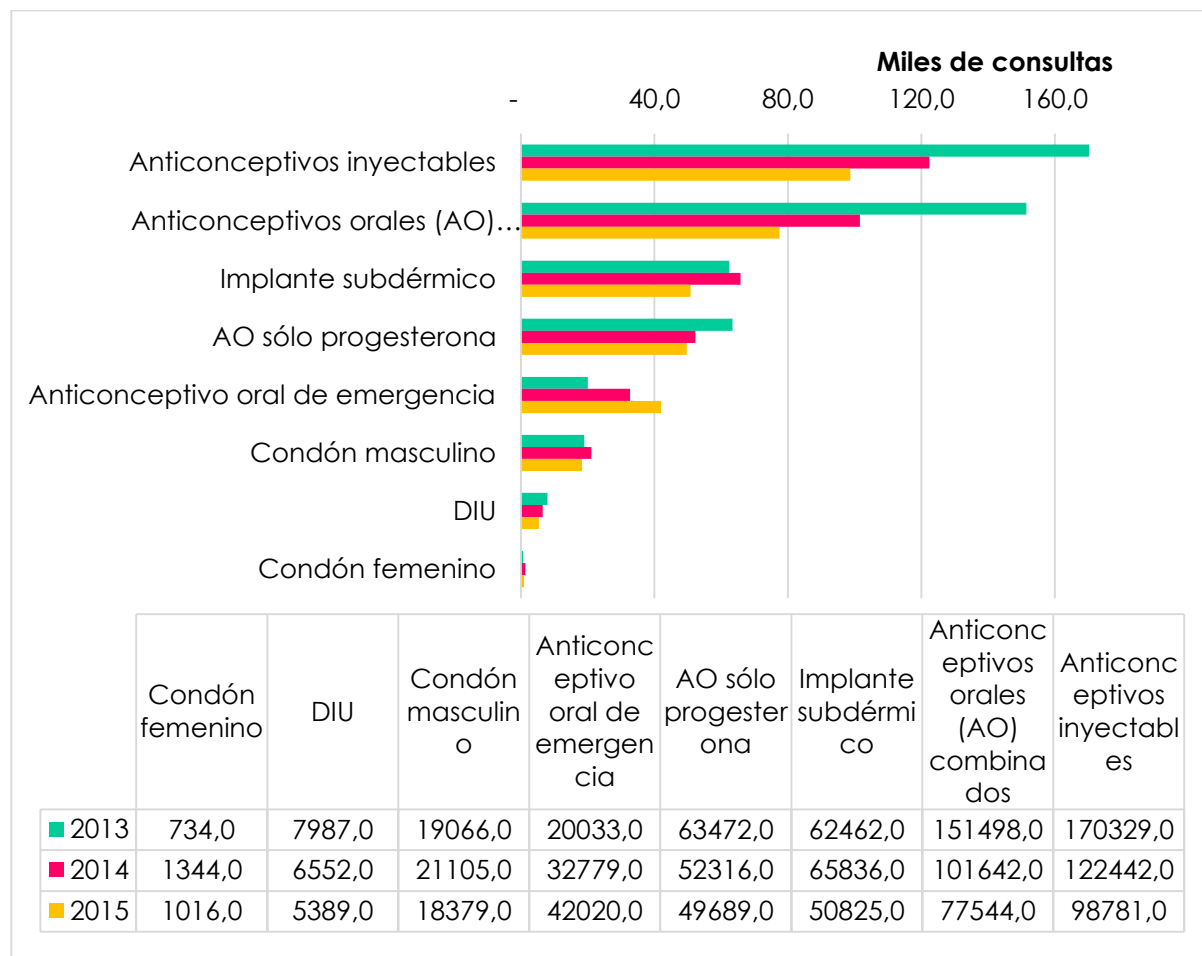
Población e indicadores incluidos en las estimaciones de costos

Indicadores de uso de servicios de planificación familiar

A partir de RDACAA en sus ediciones 2013 - 2015, se contabilizó la cantidad de consultas otorgadas según el tipo de método. Se observa en la Figura II. 1 que el número de consultas iniciales se redujo en un 18.5% (al pasar de $n= 495,581$ en 2013 a $n= 404,016$ en 2015). El análisis del número de consultas acorde con el tipo de método entregado, denota la preponderancia de los anticonceptivos orales (v.gr. combinados, sólo progesterona) para los tres años reportados ($n= 214,970$; $153,958$; $127,233$ para 2013, 2014 y 2015 respectivamente). Estos fueron sucedidos por los hormonales inyectables, con $n= 170,329$; $122,442$ y $98,781$ consultas iniciales en 2013, 2014 y 2015, respectivamente.

A pesar de que los anticonceptivos orales e inyectables se mantuvieron en los primeros lugares durante los tres años estudiados, el número de consultas observadas decayó entre los años extremos del análisis, a razón del 40% en el caso de los anticonceptivos orales, y de 42% en los inyectables. Caso contrario es el de las consultas iniciales para anticonceptivos orales de emergencia, cuyo reporte de ocurrencia creció al doble durante el período ($n= 20,033$ en 2013, $n= 42,020$ en 2015). Figura II. 1.

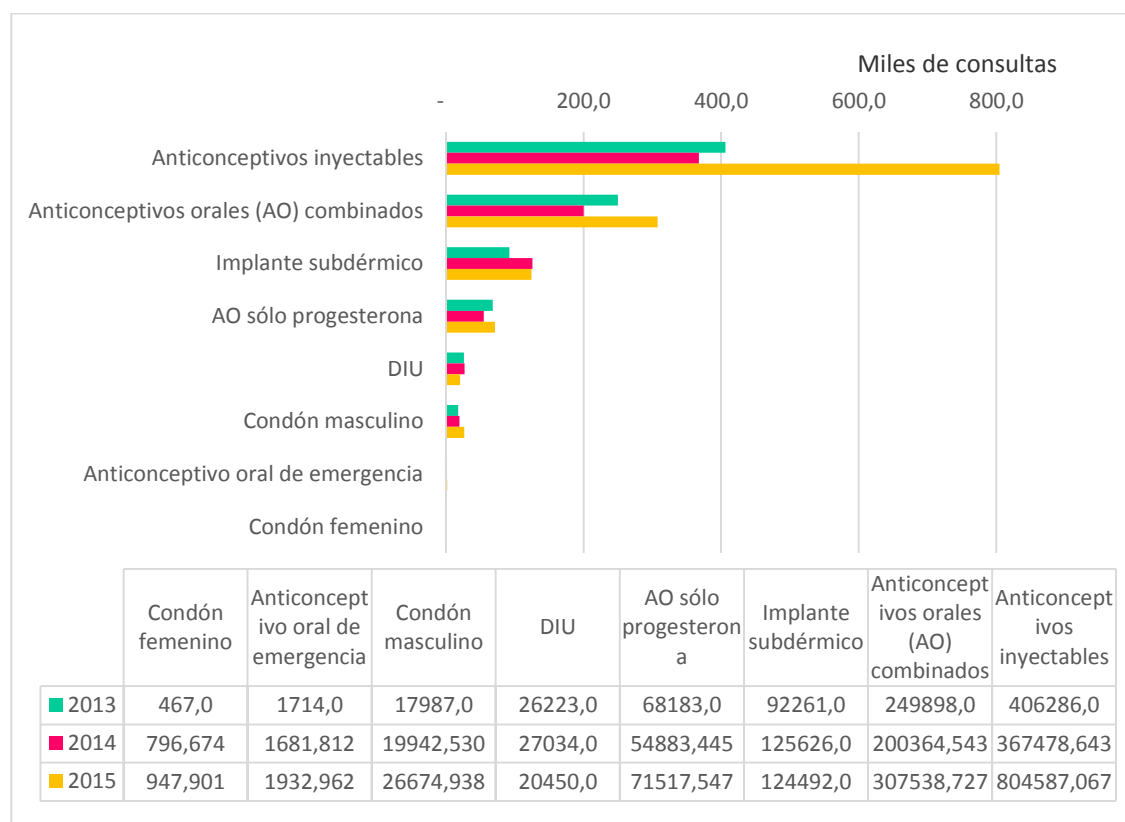
Figura II. 1. Consultas iniciales otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las BD del RDACAA 2013-15.

Los métodos de uso regular con más consultas subsecuentes registradas fueron los inyectables y orales (combinados y sólo progesterona), mostrando un comportamiento fluctuante: disminuyeron entre 2013 y 2014, y aumentaron entre 2014 y 2015. Con una cantidad menor registrada, pero un comportamiento creciente durante el período, se encontró a los condones masculinos, anticonceptivos orales de emergencia y condones femeninos. Por su parte, los retiros de implantes y dispositivos intrauterinos (DIU) mostraron crecimiento entre 2013 y 2014, y descenso entre 2014 y 2015. Figura II. 2.

Figura II. 2. Consultas de seguimiento otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método



*La categoría 'Implante subdérmico' denota las consultas para retiro del método.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las BD del RDACAA 2013-15

Con el RDACAA es posible conocer el número de consultas provistas a las usuarias de PF, no así la cantidad de métodos anticonceptivos entregados, por lo que para estimarlo (imprescindible esto para el cálculo de los costos totales por la atención en PF), se recurrió tanto a la norma oficial de planificación familiar como a la operacionalización del acuerdo 2490 para regular el acceso a métodos anticonceptivos (véase sección metodológica). Así, se estimó que los anticonceptivos orales combinados, inyectables y condones masculinos, son los métodos más entregados, acumulando este conjunto más del 83% del total (7.3 millones de los 8.6 entregados). Cuadro II. 10.

Cuadro II. 10. Métodos entregados durante consultas iniciales/seguimientos en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015

Método	2013	2014	2015	Total	Porcentaje
Regulares de uso continuo					
Anticonceptivos orales (AO) combinados	901,192	1,020,530	1,203,129	3,124,851	36.14
AO sólo progesterona	268,021	271,199	301,542	840,762	9.72
Anticonceptivos inyectables	576,615	769,705	903,368	2,249,688	26.02
Aticonceptivo oral de emergencia	43,494	71,582	98,072	213,148	2.47
Condón masculino	555,795	668,445	696,465	1,920,705	22.21
Condón femenino	18,015	37,590	30,480	86,085	1.00
Dispositivos de larga duración					
Implante subdérmico	62,462	65,836	50,825	179,123	2.07
DIU	7,987	6,552	5,389	19,928	0.23
Definitivos					
Esterilización masculina	88	88	88	264	0.00
Esterilización femenina	4,057	4,057	4,057	12,171	0.14
Total	2,437,726	2,915,584	3,293,415	8,646,725	NA

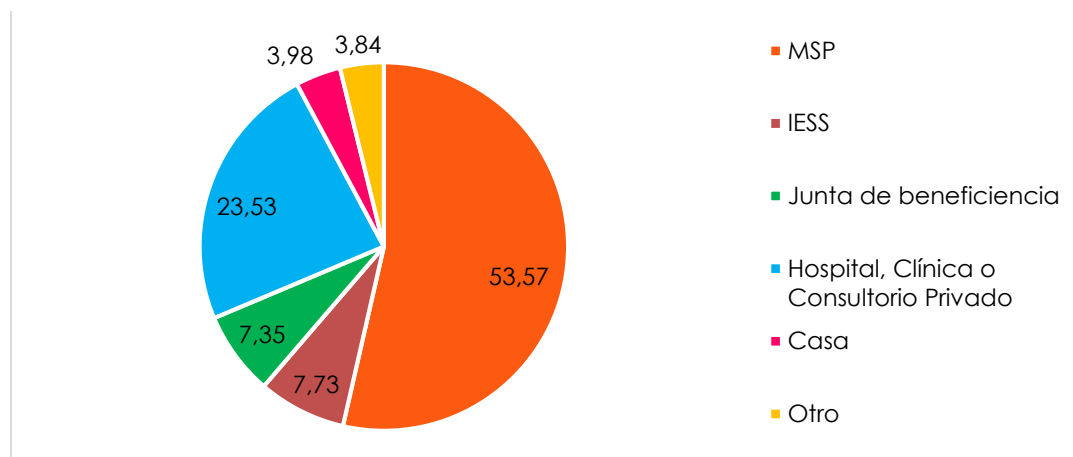
Nota: El color verde denota una mayor cantidad, y el rojo una menor

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de RDACAA 2013-15, la norma oficial de planificación familiar en Ecuador (métodos temporales) y las BD egresos hospitalarios 2013-2015.

Indicadores de uso de servicios para la atención de embarazos no intencionados

De acuerdo al registro de nacidos vivos del año 2015, en Ecuador ocurrieron 273,280, de los que 146,394 nacimientos (54% del total reportado) fueron atendidos por el MSP (Figura II. 3). Son importantes también el número de nacimientos reportados a nivel privado (23.53%) y los nacimientos en casa, este último, porque a pesar de ser uno de los más bajos en términos relativos, podría ser una expresión de divergencia con las recomendaciones de atención institucionalizada del parto.

Figura II. 3. Nacidos vivos registrados, por entidad prestadora de atención. Ecuador, 2015

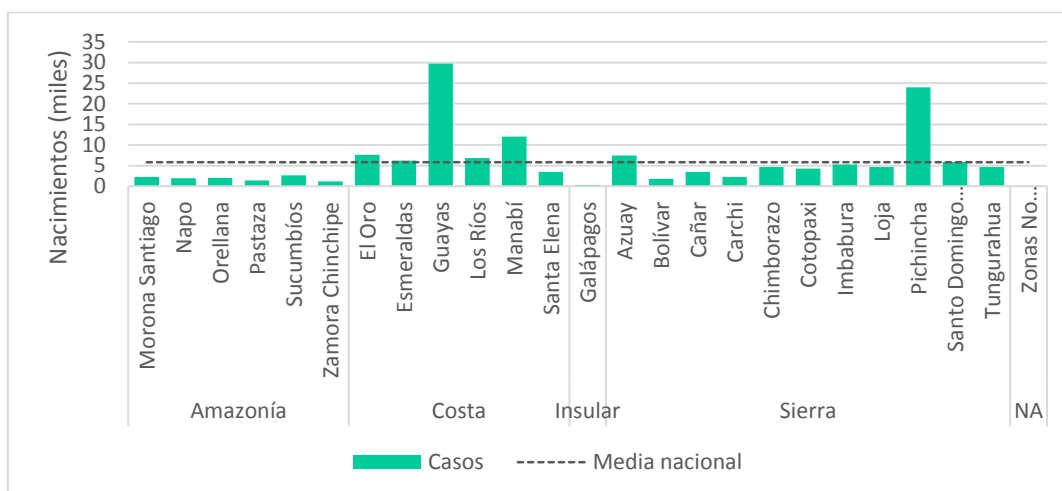


Notas IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; la categoría 'Otro' está denominada así en la BD y no desagrega sus elementos.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD nacidos vivos (2015).

La distribución geográfica, mostrada en la Figura II. 4, permite observar que el 91.9% de los 146,394 nacidos vivos reportados en el MSP de Ecuador en 2015, ocurrieron en las regiones Costa y Sierra, y fueron, como era de esperar, las provincias de Guayas y Pichincha las que reportaron las mayores proporciones (20.3% y 16.4%, respectivamente). Otras provincias que superan la media de nacidos vivos a nivel nacional son El Oro (7,623), Esmeraldas (6,196), Los Ríos (6,838), Manabí (12,036) y Azuay (7,431).

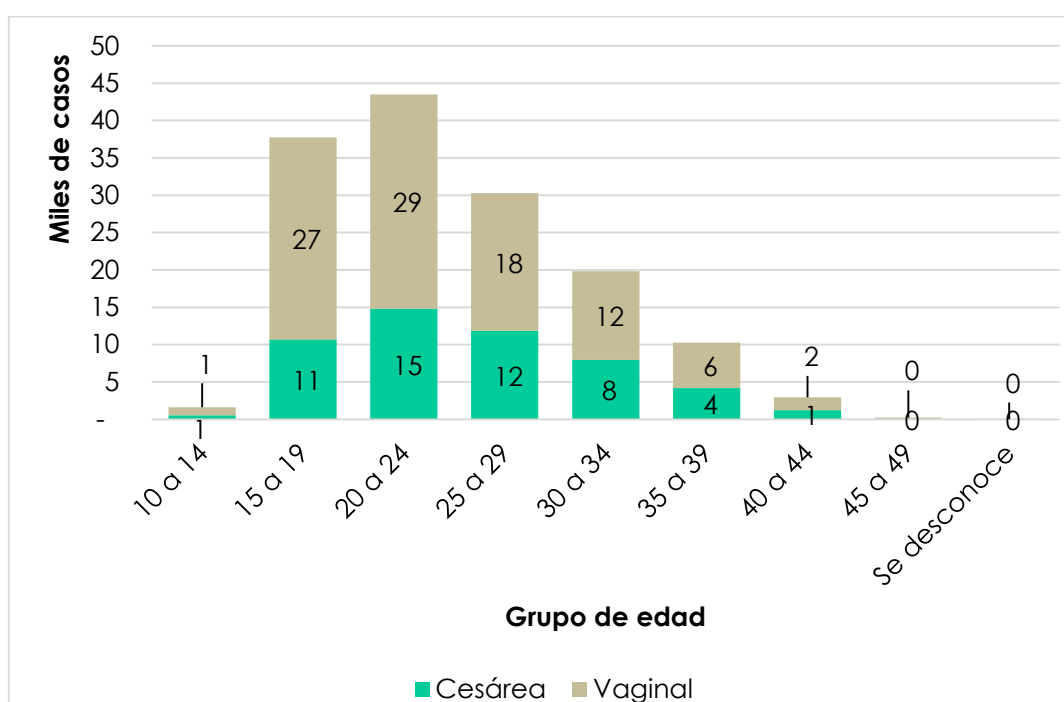
Figura II. 4. Región geográfica y provincia de nacimiento de los nacidos vivos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD nacidos vivos (2015).

En lo que respecta a la distribución de los nacidos vivos según edad de la madre, se observa que las mujeres entre 20 y 24 años acumularon la mayor proporción (29.7%), seguidas de las de 15 a 19 años que registraron 25.8% del total de NV del 2015. Figura II. 5. En esta figura también se muestra la vía de alumbramiento, y se observa que la cesárea tuvo una importante participación en el total (35.1%). Se observa, como era de esperar, que la mayor proporción de cesáreas se realizó en mujeres de mayor edad, 40.1% de los alumbramientos en mujeres de 30 a 49 años se resolvieron vía cesárea.

Figura II. 5. Nacidos vivos por grupo de edad y vía de alumbramiento en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD nacidos vivos (2015).

En relación a los cuidados prenatales, se estimó que, en 2015, el MSP atendió 145,550 embarazos. De estos, 63% (93,344) corresponden a ENI y dentro de esta categoría, se otorgaron 576,441 controles prenatales (lo que equivale a 6.2 controles por embarazo) y se realizaron 32,588 cesáreas. Las mujeres en los extremos de la vida (10-19 y 45-49) fueron las que hicieron menor uso de los controles durante el embarazo (5.4 y 5.9). Cuadro II. 11.

Cuadro II. 11. Controles prenatales y partos atendidos dado un ENI, por grupos de edad* en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Grupo de edad	Controles prenatales	Parto		Total**
		Vaginal	Cesárea	
10 a 14	8,690	1,064	556	1,620

15 a 19	137,043	16,608	6,567	160,217
20 a 24	196,298	20,878	10,802	31,680
25 a 29	125,246	11,959	7,663	19,622
30 a 34	49,863	4,668	3,130	7,798
35 a 39	47,080	4,397	3,021	7,418
40 a 44	10,882	1,045	750	1,795
45 a 49	1,339	132	94	227
Se desconoce*	-	7	4	11
Total	576,441	60,757	32,588	93,344

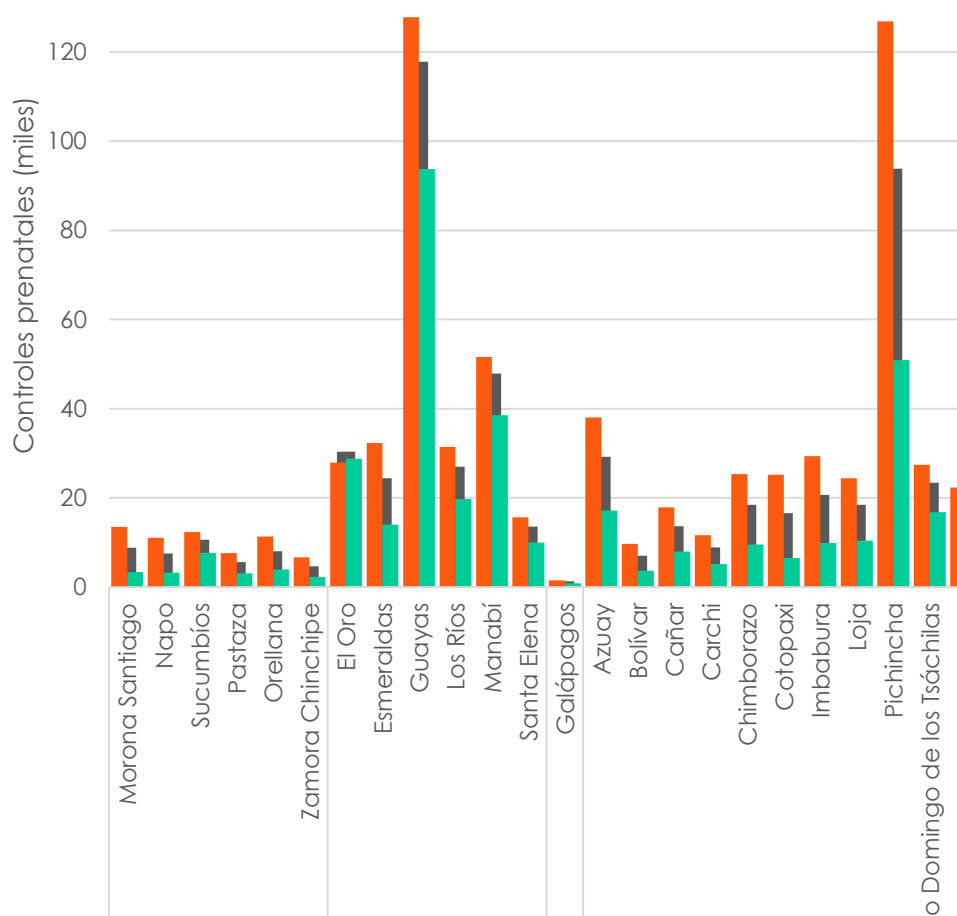
* Se ignora la edad de la madre

** Partos vaginales más cesáreas

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012) y la BD nacidos vivos (2015).

La distribución geográfica (por región y provincia) de los controles prenatales, partos vaginales y cesáreas atribuibles a ENI fueron más numerosos, en orden sucesivo, en Guayas (n= 117,821; 10,952; 8,038), Pichincha (n= 93,861; 10,875; 4,366) y Manabí (n= 47,908; 4,425; 3,306). De manera combinada, estas tres provincias representan el 45% del total de controles prenatales, partos y cesáreas. Figura II. 6.

Figura II. 6. Controles prenatales y partos atendidos en ENI, según región geográfica y provincia, Ecuador, 2015

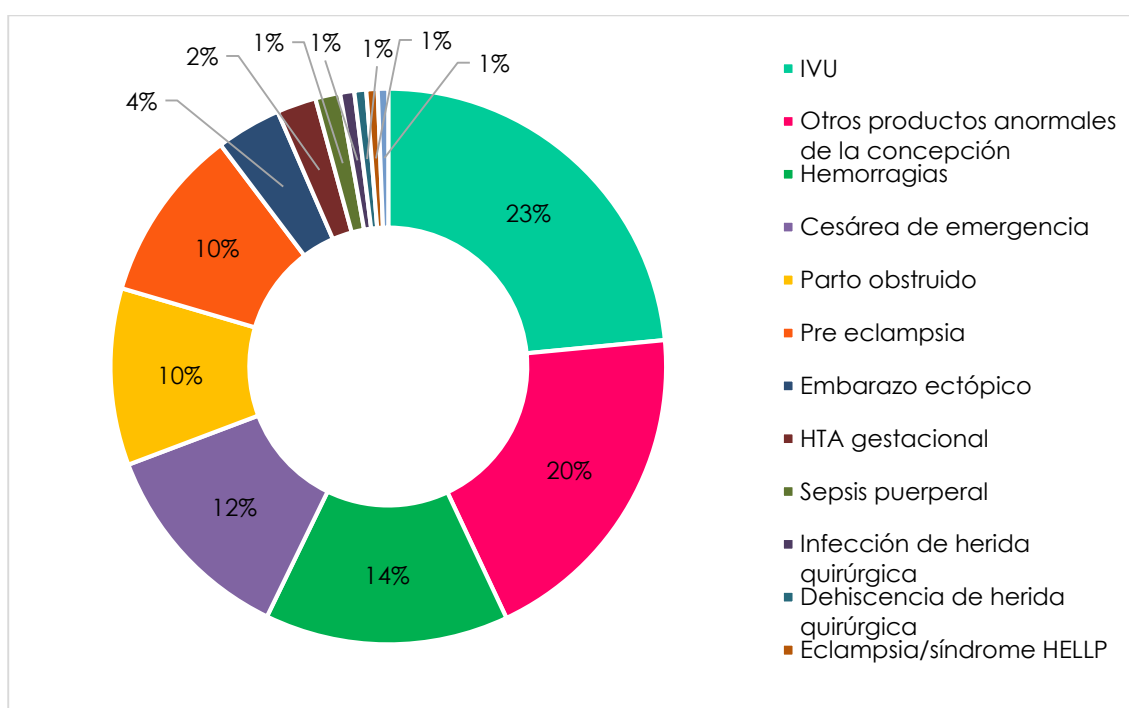


Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012) y la BD nacidos vivos (2015).

Indicadores de uso de servicios de atención de complicaciones obstétricas

Se contabilizaron un total de 40,682 casos de complicaciones atendidas en el MSP, distribuidos según lo mostrado en la Figura II. 7. Dos de cada cinco fueron infecciones de vías urinarias (IVU) u otros productos anormales de la concepción (n= 9,553 y 7,943; respectivamente). En el 14% de los casos (n= 5,770) se atendieron hemorragias, en el 12% cesáreas de emergencia (n= 4,908), y en el 10% partos obstruidos o pre-eclampsias (n= 4,187 y 4 128; respectivamente).

Figura II. 7. Complicaciones obstétricas atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



IVU: Infección de vías urinarias; HTA gestacional: Hipertensión arterial gestacional

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios 2015.

La mayor concentración de casos se presentó entre los 20 y 34 años, con el 88% del total (n= 35,804 de 40,682 totales). En este rango de edad, la mayor cantidad de complicaciones (a excepción de los casos de dehiscencia de herida quirúrgica) se concentró en el grupo de 25 a 29 años. Los casos en las edades extremas de la distribución (10-19 y 40-49) concentran poco más de 5% del total (n= 2,243 de 40,682), siendo importante en estos el alto reporte de embarazos concluidos debido a 'otro' producto anormal de la concepción, 23% del total del grupo (n=516 de 2,243 casos), mientras que entre el grupo de 20 a 39 años es el 19% (n=7,427 de 38,439 casos). Cuadro II. 12.

Cuadro II. 12. Casos de complicaciones obstétricas registradas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. Por grupo de edad

Complicación	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
IVU	99	195	1285	4651	2564	586	166	7
Otros productos anormales de la concepción	112	154	1215	3738	1924	550	233	17
Hemorragias	65	139	915	2159	1868	457	153	14
Cesárea de emergencia	59	28	502	3003	888	318	101	9
Parto obstruido	53	105	562	2061	1104	245	54	3
Pre eclampsia	33	104	441	2254	1003	222	69	2
Embarazo ectópico	18	26	173	763	425	89	44	2
HTA gestacional	15	24	151	463	195	55	25	5
Sepsis puerperal	6	19	96	302	124	24	16	1
Infección de herida quirúrgica	4	2	24	194	85	18	5	2
Dehiscencia de herida quirúrgica	6	17	34	82	107	31	3	2
Eclampsia/síndrome HELLP	3	11	42	156	41	13	2	0
Mola hidatiforme	1	6	42	92	76	27	4	0
Total	474	830	5,482	19,918	10,404	2,635	875	64

I

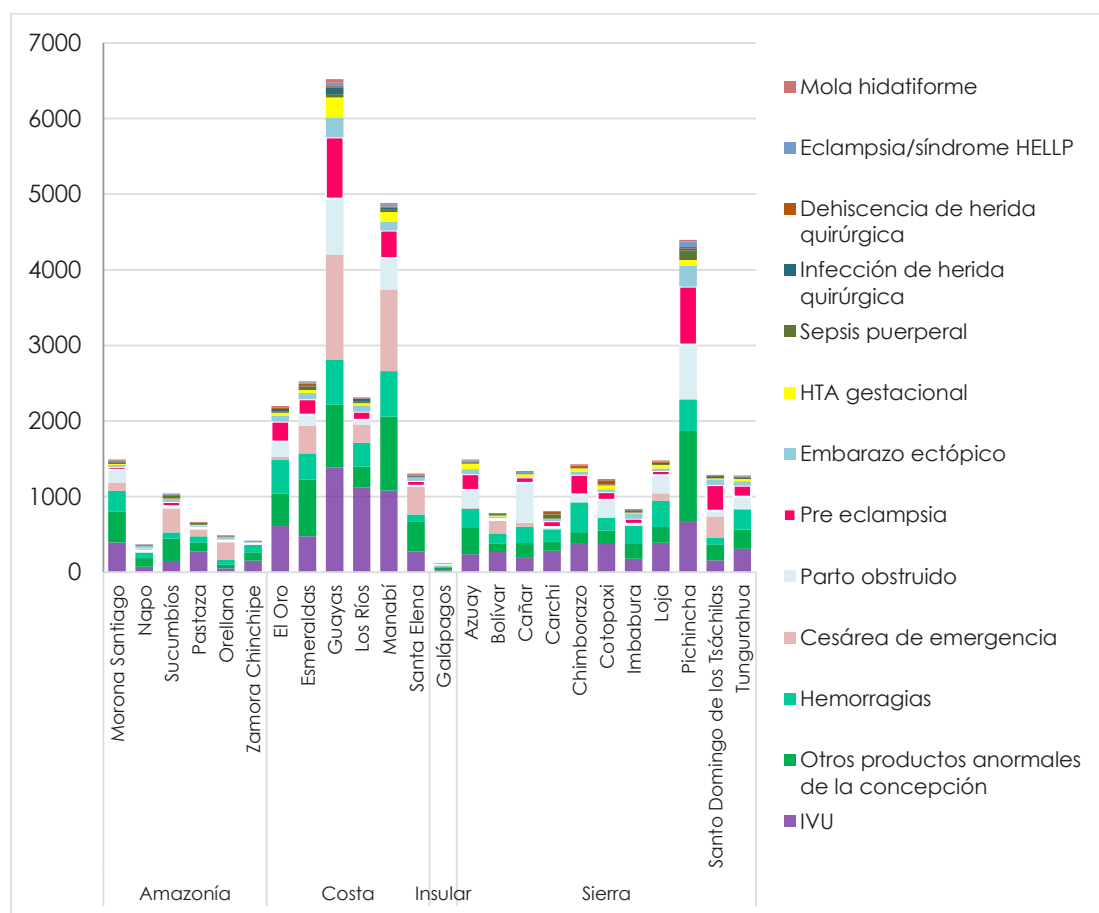
VU: Infección de vías urinarias; HTA gestacional: Hipertensión arterial gestacional

Nota: El color rojo denota un mayor costo, mientras que el verde uno menor.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios 2015.

La distribución geográfica de casos sitúa a las provincias Guayas, Manabí y Pichincha como las provincias con mayor número de casos atendidos (combinadas, representan el 39% del total, n= 15,800). Las dos primeras concentraron más de 50% del total de casos de cesáreas de emergencia, sorprende la falta de casos reportados en Pichincha. En relación a los trastornos hipertensivos la mayor proporción fueron atendidos en Guayas (20.9%), seguido de Pichincha (17%) y Manabí (9.8%). En tanto que, la distribución de la atención de casos de IVU incorpora en los primeros lugares a Los Ríos, segundo lugar (con el 11.7% del total de casos), siendo el primero ocupado por Guayas (14.5%), Manabí en tercero (11.3%) y Pichincha en cuarto con 7%. Figura II. 8.

Figura II. 8. Complicaciones obstétricas atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Por región geográfica y provincia de atención, 2015



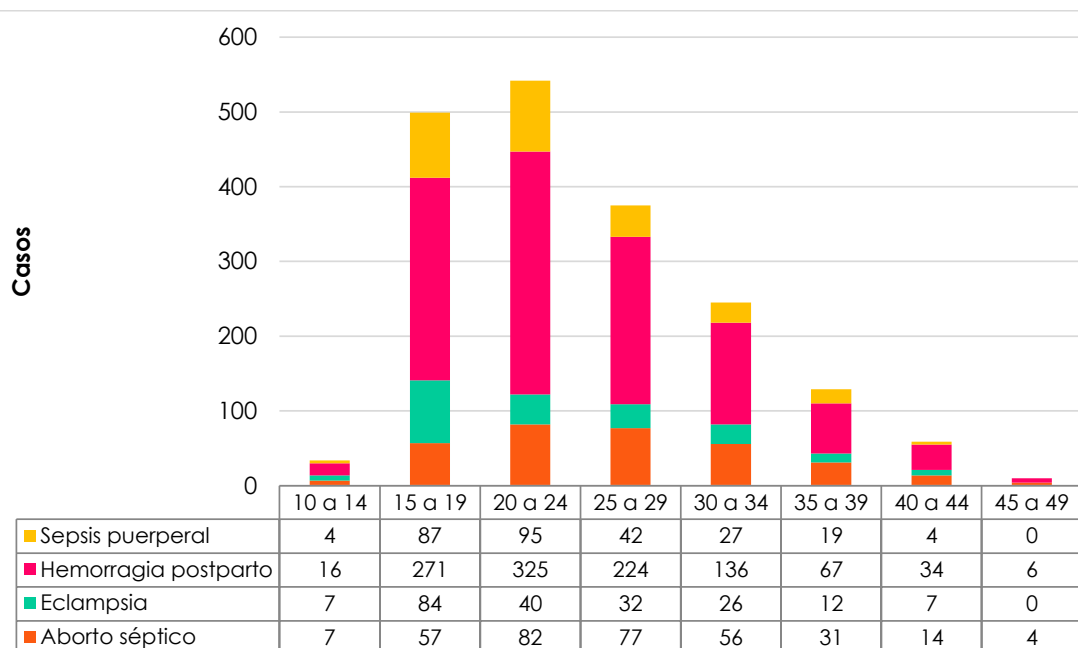
IVU: Infección de vías urinarias; HTA gestacional: Hipertensión arterial gestacional

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios 2015.

Indicadores de uso de servicios de atención de complicaciones obstétricas prevenibles

Sin importar el grupo de edad, las hemorragias post-parto son la principal causa de morbilidad materna prevenible (n= 1,079 casos), seguidas del aborto séptico (n= 328). Por grupos de edad, los tres más afectados, o donde las complicaciones se vuelven más frecuentes, son 20 a 24 (n= 542), 15 a 19 (n=499) y de 25 a 29 (n=375), que conjuntan 3 de cada 4 casos (n=1,416 de 1,893 casos totales). Figura II. 9.

Figura II. 9 Complicaciones obstétricas prevenibles*, por grupo de edad, atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir su aparición durante la gestación, parto o puerperio

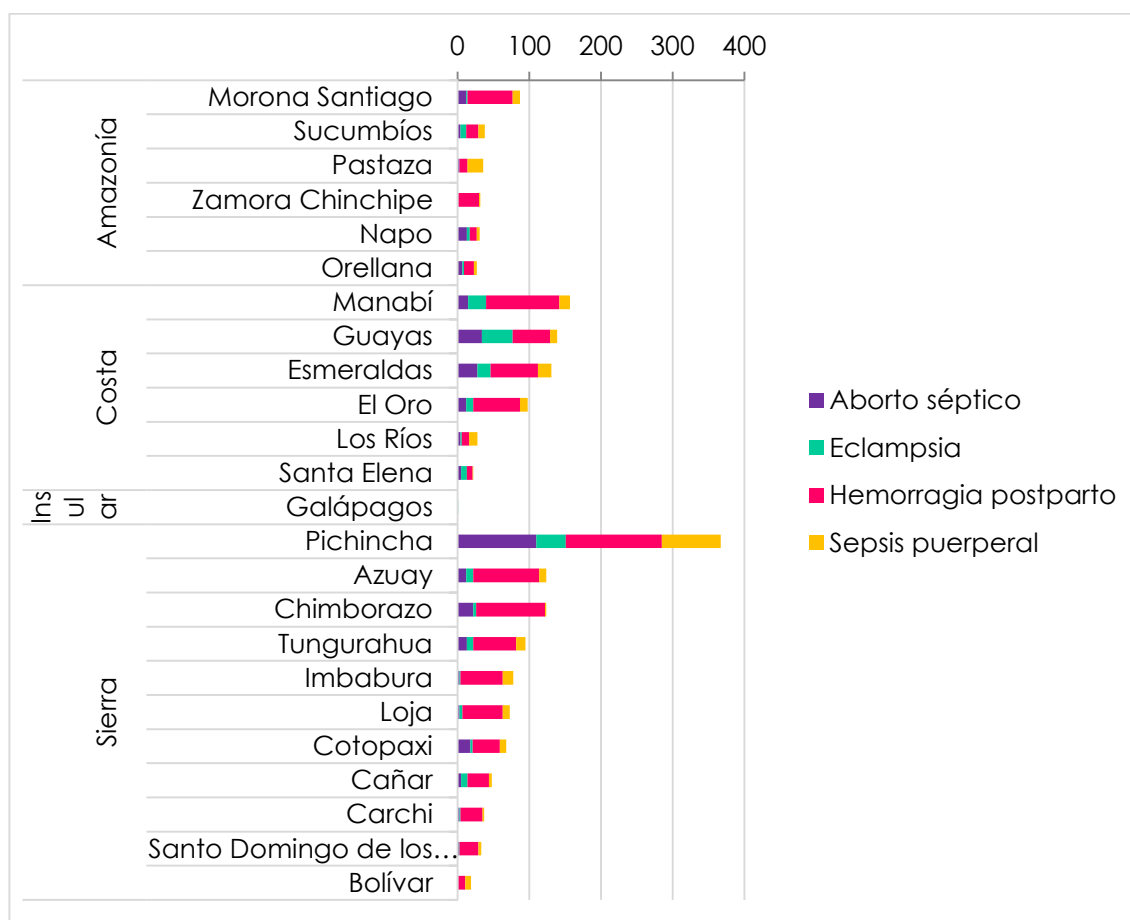
Códigos CIE-10 correspondientes: Aborto séptico (O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050); Eclampsia (O151, O150, O152, O159); Hemorragia postparto (O720, O722, O721, O72); Sepsis puerperal (O85).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

La distribución de las complicaciones obstétricas prevenibles a nivel de provincias, presentada en la Figura II. 10, muestra que la mayor densidad de atenciones ocurrió en la región Sierra, siendo Pichincha la provincia que reportó el mayor número de casos. En ésta se cuenta la tercera parte de casos de aborto séptico (n=110 de 367 totales).

La mitad de los casos de eclampsia se distribuyó entre Pichincha, Manabí y Guayas (n= 109 de 208 totales). En relación a las hemorragias post-parto los registros dan cuenta de que el 40% (n= 424 de 1079 totales) ocurrió entre Pichincha, Manabí, Azuay y Chimborazo. En tanto, 44% de los casos de sepsis puerperal (n= 123 de 278) fueron reportados por las provincias de Pichincha, Pastaza y Esmeraldas. El 56% de los casos totales (n= 1,066 de 1,893) se agrupa en la región Sierra, 30% en la Costa (n= 575 de 1,893) y el resto en la Amazonia.

Figura II. 10. Complicaciones obstétricas prevenibles*, por región geográfica y provincia, atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



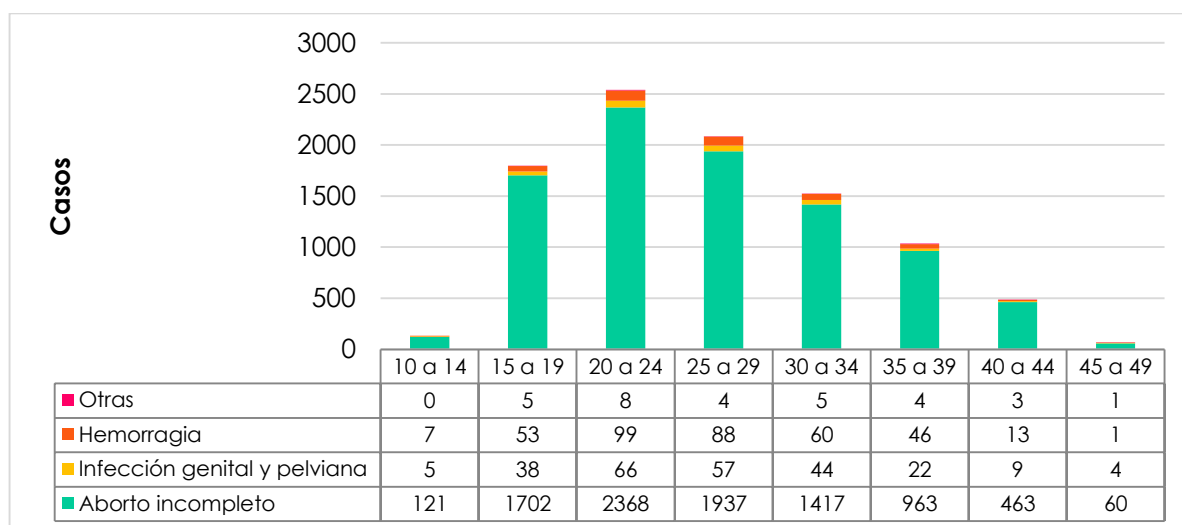
* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir su aparición durante la gestación, parto o puerperio

Códigos CIE-10 correspondientes: Aborto séptico (O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050); Eclampsia (O151, O150, O152, O159); Hemorragia postparto (O720, O722, O721, O72); Sepsis puerperal (O85).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

Dentro de las complicaciones del aborto registradas en la base de egresos hospitalarios del año 2015, la complicación más frecuentemente encontrada, para todos los grupos de edad, fue el aborto incompleto, ocupando el 93% de los casos totales (n= 9,031 de 9,674 totales). La mayor afectación se puede encontrar entre los 15 y los 29 años (dos terceras partes de los casos se encuentran en este grupo; n= 6,426 de 9,674). Figura II. 11. Es importante señalar que no es posible tener certeza de que la totalidad de estos casos sean abortos inseguros, puesto que no existe un registro que permita categorizarlos (como seguros o inseguros). Véase metodología correspondiente.

Figura II. 11. Complicaciones de abortos inseguros* atendidas en establecimientos de salud del MSP, 2015. Por grupo de edad

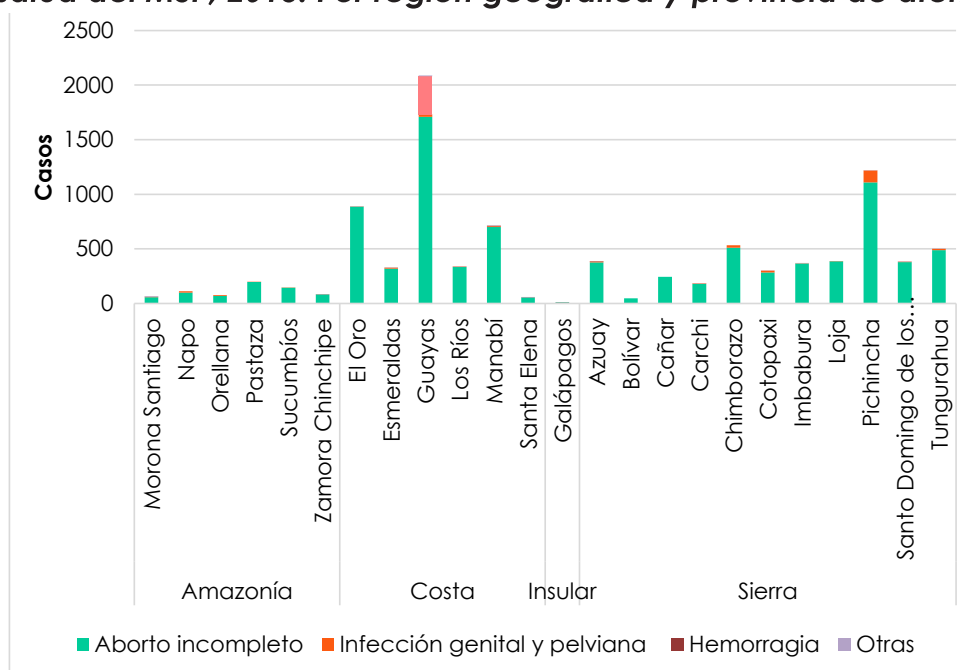


*Códigos CIE-10: O05 a O07

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios, 2015.

El análisis de la distribución geográfica de las complicaciones relacionadas con abortos, muestra que los incompletos mantienen su preponderancia en todas las provincias. Guayas, Pichincha y, en menor proporción, El Oro, concentran el mayor número de complicaciones por abortos, alcanzando conjuntamente el 44% del total de casos (n= 3,703 de 9,031). La región Sierra concentra el 47% del total (n=4,562), la Costa el 46% (n= 4,414) y la Amazonía el 7% (n=686). Figura II. 12.

Figura II. 12. Complicaciones por abortos inseguros* atendidas en establecimientos de salud del MSP, 2015. Por región geográfica y provincia de atención



Códigos CIE-10: O05 a O07

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios, 2015.

Características sociodemográficas y clínicas de las usuarias de atención de complicaciones obstétricas

Las pacientes de las que se revisó sus historias clínicas durante el trabajo de campo, residen predominante en áreas urbanas (prácticamente 69%), tienen escolaridad primaria y secundaria completa (casi el 63% de los casos), seguida de los grados básicos truncos (primaria y secundaria incompleta, 27%). Con mayor frecuencia se encontró reporte de pacientes casada(o)s/unida(o)s (casi 74% de la muestra), seguido de soltera(o)s (23.4%). El 80% de la muestra no aporta a algún seguro de salud, 82% es mestiza(o) y el 12% indígena. Cuadro II. 13.

Cuadro II. 13. Características sociodemográficas de pacientes atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, 2015

Categoría	Casos* (N=25,226)	%
Zona de residencia		
Rural	6,156	24.4
Urbana	17,360	68.82
NSI	1,710	6.78
Escolaridad		
Ninguno	233	0.92
Primaria completa	9,265	36.73
Primaria incompleta	1,918	7.6
Secundaria completa	6,614	26.22
Secundaria incompleta	4,872	19.31
Superior	1,164	4.61
NSI	1,159	4.6
Estado civil		
Casada	6,045	24.0
Divorciada	75	0.3
Soltera	5,894	23.4
Unión	12,538	49.7
Viuda	68	0.3
NSI	607	2.4
Aseguramiento en Salud		
IESS*	940	3.73
Fuerzas armadas/policía	24	0.09
No aporta	20,124	79.77
Otros	3	0.01
NSI	4,136	16.4

Etnia		
Afroecuatoriana	87	0.3
Blanca	122	0.5
Indígena	2,997	11.9
Mestiza	20,721	82.1
Montubia	47	0.2
NSI	1,248	4.9
Otra	3	0.01

*Incluye el Seguro Social campesino; ** ISSFA, ISSPol; NSI: No se indica

Fuente: Elaboración equipo consultor MSP, a partir de la revisión documental de HC en ES.

La edad media de las pacientes según el tipo de atención se presenta en el Cuadro II. 14. Los valores máximos se alcanzaron en los casos de esterilizaciones (femenina y masculina), con 31 y 34 años, respectivamente; seguidas de las atenciones por hemorragias (con 26 años) y los abortos (con 26 años). Las que requirieron servicios para la atención de IVU y parto fueron las mujeres más jóvenes, con menos de 23 años en ambos grupos.

Cuadro II. 14. Edad promedio de pacientes atendida(o)s en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Atención	Casos* (N=25,226)	Media	IC -	IC +
Aborto	8,382	25.8	24.6	27.1
Cesárea	2,717	25.0	23.7	26.3
Esterilización femenina	214	31.1	26.9	35.3
Esterilización masculina	131	34.4	22.8	46.1
HTA gestacional	760	23.8	20.7	26.9
Hemorragia	1,261	26.3	22.2	30.3
IVU	2,423	22.8	21.2	24.5
Parto	8,234	22.9	22.1	23.7
Parto obstruido	551	24.5	22.8	26.1
Sepsis	554	23.4	21.3	25.4

* Casos expandidos

Fuente: Elaboración equipo consultor MSP, a partir de la revisión documental de HC en ES.

El promedio del tiempo de gestación, medido en semanas (sdg), según el tipo de atención recibida se presenta en el Cuadro II. 15. Los partos (por cesárea, va-

ginales u obstruidos) se presentaron entre las 38.7 y las 39 sdg. En tanto, las atenciones por IVU o sepsis fueron atendidas a las 26.3 y 28.5 sdg, respectivamente. Los abortos fueron atendidos en promedio a las 10.6 sdg, y las hemorragias a las 19.4 sdg.

Cuadro II. 15. Semanas de gestación media de pacientes atendidas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Atención	Casos* (N=20,299)	Media	IC -	IC +
Aborto	4,929	10.6	9.7	11.5
Cesárea	2,635	38.7	38.4	39.0
HTA	726	36.4	35.1	37.8
Hemorragia	902	19.4	14.6	24.2
IVU	2,251	26.3	23.7	29.0
Parto	8,164	39.0	38.8	39.2
Parto obstruido	513	38.9	38.5	39.2
Sepsis	178	28.5	27.2	29.7

* Población expandida. Se excluyó del total a los casos donde no se indicaban las semanas de gestación
Fuente: Elaboración equipo consultor MSP, a partir de la revisión documental de HC en E

La estadía más prolongada fue la de pacientes que fueron atendidas por sepsis (4.3 días), seguida de pacientes con HTA gestacional, IVU y hemorragias (3.9 y 3.6 días, respectivamente); el menor tiempo de estadía correspondió a las esterilizaciones (femenina y masculina), que se prolongó por 2.6 y 2 días respectivamente. Cuadro II. 16.

Cuadro II. 16. Días de estada promedio de pacientes atendida(o)s en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Atención	C a s o s * (N=25,226)	Media	IC -	IC +
Aborto	8,382	2.4	1.9	2.9
Cesárea	2,717	4.2	3.4	5.1
Esterilización femenina	214	2.6	1.4	3.8
Esterilización masculina	131	2.0	1.8	2.1
Hipertensión (HTA) gestacional	760	3.9	2.1	5.7
Hemorragia	1,261	3.6	2.9	4.3
Infección de vías urinarias (IVU)	2,423	3.9	3.4	4.4

Parto	8,234	2.7	2.3	3.1
Parto obstruido	551	3.6	3.1	4.1
Sepsis	554	4.3	3.3	5.3

* Población expandida

Fuente: Elaboración equipo consultor MSP, a partir de la revisión documental de HC en ES.

Costos de omisión

El costo de omisión en SSySR incluye una estimación de costos médicos directos (provisión parcial de planificación familiar, atención de ENI, de complicaciones obstétricas y de complicaciones posaborto inseguro) y de costos sociales (muertes maternas y deserción escolar por embarazos en adolescentes) en Ecuador, 2015. La composición del costo de omisión se describe a continuación.

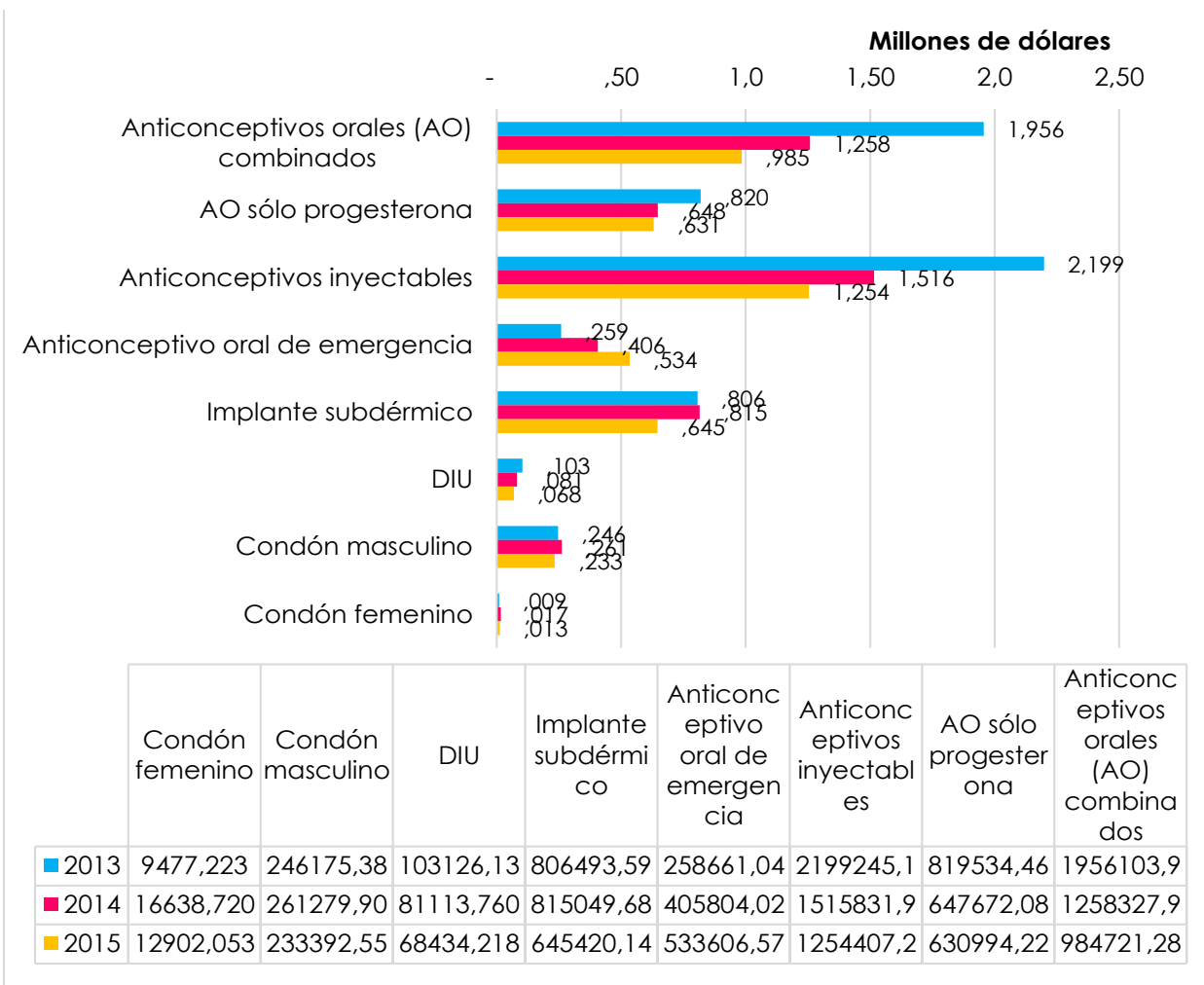
Costos médicos directos

Provisión parcial de PF

El costo de provisión parcial de planificación familiar, considerado una omisión en la medida en que no da cumplimiento al objetivo de satisfacer la demanda total por métodos de planificación familiar (lo que resulta en embarazos no intencionados) está integrado por los costos de consultas iniciales, seguimientos, y el costo del método mismo.

En la Figura II. 13 se presenta el primero de ellos, el costo por concepto de consultas iniciales. En ella se observa que la mayor densidad del costo total por consultas de primera vez se concentra en los anticonceptivos hormonales (orales, inyectables e implantes), lo que es explicado por la distribución del número de consultas, en vista de que el costo unitario de la consulta es semejante para todos los tipos de métodos.

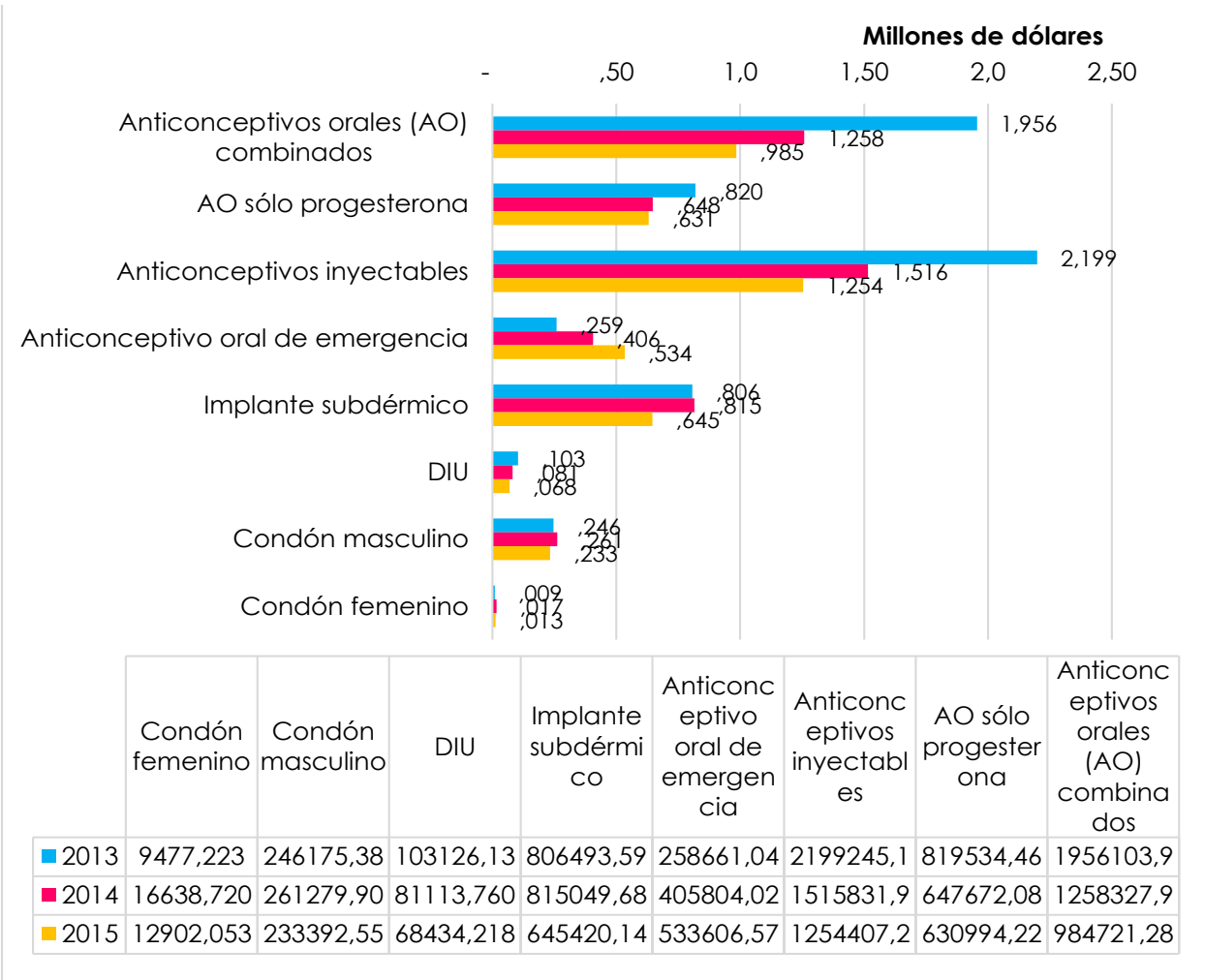
Figura II. 13. Costos totales por consultas de primera vez en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las BD del RDACAA 2013-15.

La mayor proporción de costos totales por consultas de seguimiento (Figura II. 14) correspondió a los hormonales inyectables, que requirieron a la vez la mayor cantidad de visitas médicas. Este comportamiento es natural, dado que el costo unitario de la consulta de seguimiento es el mismo para todas las consultas, independientemente del tipo de método.

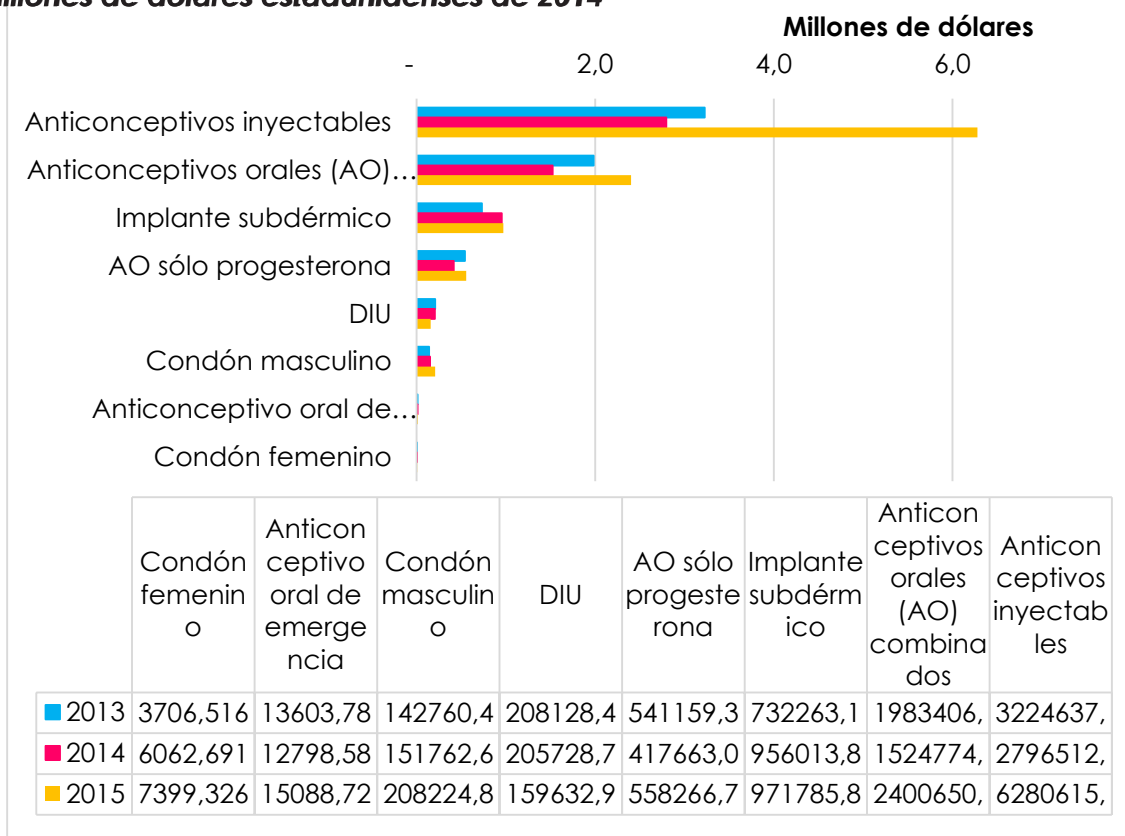
Figura II. 13. Costos totales por consultas de primera vez en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En millones de dólares estadounidenses de 2014



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las BD del RDACAA 2013-15.

La mayor proporción de costos totales por consultas de seguimiento (Figura II. 14) correspondió a los hormonales inyectables, que requirieron a la vez la mayor cantidad de visitas médicas. Este comportamiento es natural, dado que el costo unitario de la consulta de seguimiento es el mismo para todas las consultas, independientemente del tipo de método.

Figura II. 14 Costos totales por consultas de seguimiento otorgadas en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En millones de dólares estadounidenses de 2014



*La categoría "implante subdérmico denota las consultas para retiro del método".

AOC: Anticonceptivos Orales Combinados; Otros: Atención por amenorrea de la lactancia materna (MELA), retiro de Dispositivo Intrauterino (DIU), condón femenino, parche transdérmico, anillo vaginal

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD del RDACAA 2013-15.

En el Cuadro II. 17 se reportan los costos totales por concepto de métodos anticonceptivos entregados. Se observa que los hormonales (anticonceptivos orales, inyectables, implantes, de emergencia) y la esterilización femenina fueron los métodos que representaron la mayor proporción del total durante el período (73% y 18.7%, respectivamente). Al desagregar el costo de los hormonales por tipo, se observa que los inyectables prevalecieron con el 48% del costo total dentro de la categoría, e incluso fueron los más importantes de todos los métodos, pues representaron el 35% del total estimado para el período.

Cuadro II. 17. Costos totales por concepto de métodos de planificación familiar otorgados en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por tipo de método. En dólares estadounidenses de 2014

Método	2013	2014	2015	Total	Porcentaje
Regulares de uso continuo					
Anticonceptivos orales (AO) combinados	328,965	357,186	431,941	1,118,092	8.34

AO sólo progesterona	417,902	405,443	462,417	1,285,761	9.60
Anticonceptivos inyectables	1,148,639	1,470,137	2,103,992	4,722,768	35.25
Aticonceptivo oral de emergencia	85,281	134,574	189,124	408,979	3.05
Condón masculino	289,834	334,223	357,202	981,258	7.32
Condón femenino	10,334	20,675	17,196	48,204	0.36
Dispositivos de larga duración					
Implante subdérmico	815,614	824,267	652,719	2,292,600	17.11
DIU	2,916	2,293	1,935	7,143	0.05
Definitivos					
Esterilización masculina	16,501	6,113	4,979	27,594	0.21
Esterilización femenina	1,057,051	888,609	560,428	2,506,088	18.70
Total	4,173,037	4,443,517	4,781,933	13,398,488	NA

Nota: El color rojo denota un mayor costo, mientras que el verde uno menor.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de RDACAA 2013-15, la norma oficial de planificación familiar en Ecuador (métodos temporales) y las BD egresos hospitalarios 2013-2015.

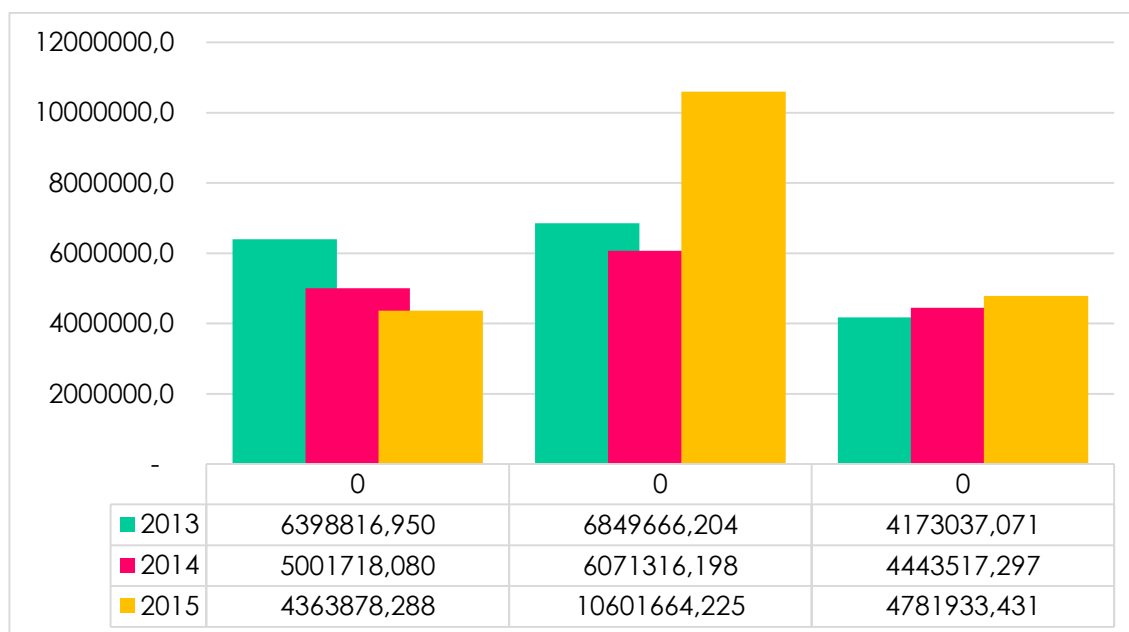
De manera agregada, el costo total por otorgamiento de consultas de primera vez tuvo una disminución hacia el tercer año del análisis, yendo del 37% (6.4mdd en 2013) al 22% (4.7mdd en 2015) del costo total representado (19.7mdd). Por su parte las consultas de seguimiento incrementaron su importancia relativa, pues pasaron del 39% (6.85mdd, 2013) al 53.8% (10.6 millones, 2015) del costo total representado. El costo total de la entrega de métodos prácticamente no varió durante el período observado, pues representó prácticamente el 24% entre ambos años extremos (Cuadro II. 0.18 y Figura II. 15).

Cuadro II. 18. Porcentajes del costo total en PF en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013-2015. Por rubro de actividades

Rubro de PF	Porcentaje del costo total (%)		
	2013	2014	2015
Consultas iniciales	36.7	32.2	22.1
Consultas de seguimiento	39.3	39.1	53.7
Entrega de métodos	24.0	28.6	24.2

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Figura II. 15. Costos totales por la provisión de métodos de planificación familiar en consultas iniciales y de seguimiento en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador entre 2013-2015. En dólares estadounidenses de 2014



Nota: La entrega de métodos denota la cantidad entregada tanto en consultas iniciales como de seguimiento, multiplicada por su costo unitario.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las BD del RDACAA 2013-2015.

Atención de embarazos no intencionados

El costo de atención de embarazos no intencionados (ENI) ascendió a 67.8mdd, distribuidos en nacimientos vivos, complicaciones obstétricas, abortos y óbitos.

En relación al costo de ENI por embarazos que terminan en un nacido vivo, se estimó en 57.15mdd. De ellos, 51.8% (29.6mdd) corresponde a los cuidados prenatales y 20.7% (11.8mdd) se debió a la realización de cesáreas. (Cuadro II. 19).

Cuadro II. 19. Costo total por la atención de controles prenatales y partos en ENI, por grupos de edad, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2015. En dólares estadounidenses de 2014

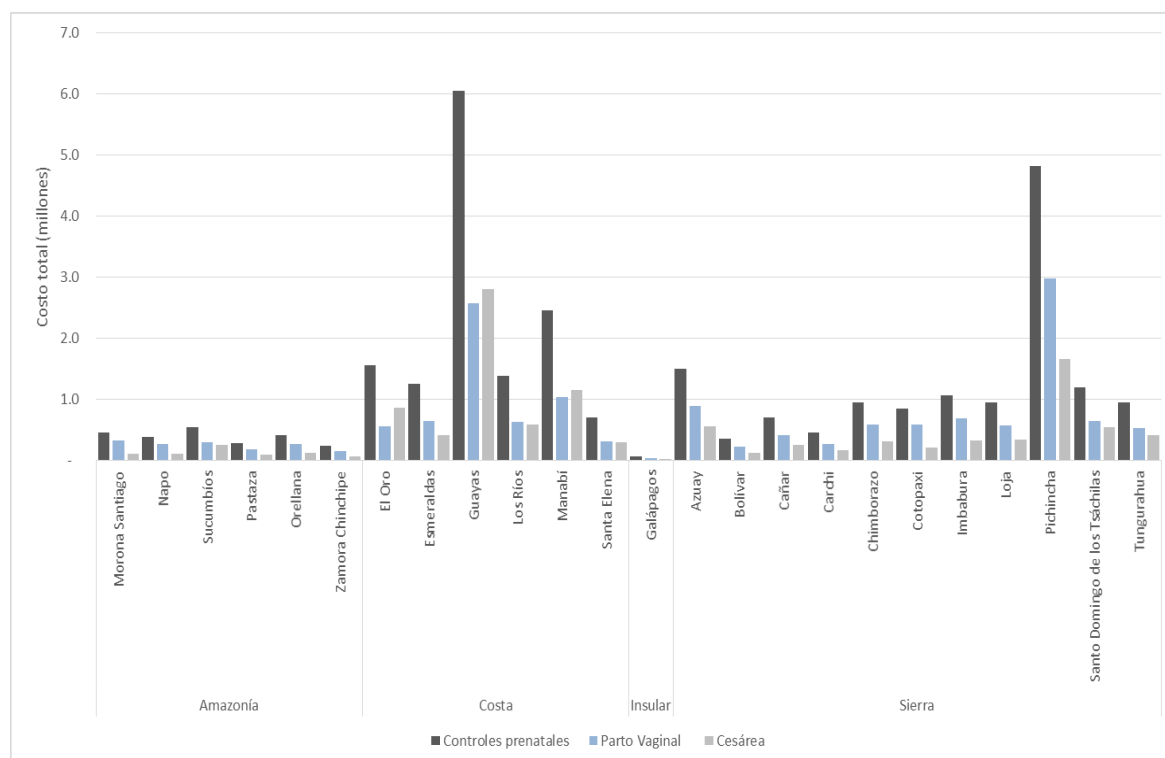
Grupo de edad	Controles prenatales	Parto		Total
		Vaginal	Cesárea	
10 a 14	446,061.59	269,283	200,357	915,702
15 a 19	7,034,353.46	4,274,211	2,382,867	13,691,431
20 a 24	10,075,913.92	5,404,459	3,927,149	19,407,522
25 a 29	6,428,831.06	3,100,422	2,786,312	12,315,565
30 a 34	2,559,452.32	1,212,172	1,140,946	4,912,570

35 a 39	2,416,595.17	1,143,277	1,103,121	4,662,993
40 a 44	558,561.11	273,504	275,226	1,107,291
45 a 49	68,742.31	34,922	34,955	138,619
Se desconoce	-	1,826	1,376	3,202
Total	29,588,511	15,714,075	11,852,309	57,154,895

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012), la BD nacidos vivos (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP.

La distribución geográfica del costo de atención de ENI, que terminan en un nacido vivo (Figura II. 16) muestra que en las provincias Guayas, Pichincha y Manabí la proporción del costo fue ampliamente superior al resto de las provincias; siendo incluso la distancia entre el primer lugar (ocupado por Guayas, 20% del total) y el tercero (por Manabí, 8.1%) significativamente pronunciada, 11.8 puntos porcentuales.

Figura II. 16. Costo total por la atención de controles prenatales y partos en ENI, según región geográfica y provincia, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012), la BD nacidos vivos (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP

La desagregación de los costos de atención de embarazos no intencionados entre sus desenlaces posibles (nacidos vivos, complicaciones obstétricas, abortos u óbitos), arrojó que 84.2% correspondió a la atención de los 93,334 embarazos que concluyeron en nacidos vivos, 9.3% a la atención de las complicaciones relacionadas, 5.8% a la atención de abortos y el restante 0.6% se atribuyó a los óbitos. (Cuadro II. 20).

Cuadro II. 20. Costo total de atención de ENI según el desenlace del embarazo en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Desenlace del embarazo	Casos	Costo total	%
Nacido vivo ¹	93,344	57,154,895	84.25
Obito ²	604	412,659	0.61
Aborto ^{2,3}	16,837	3,944,402	5.81
Complicaciones obstétricas ^{2,4}	18,692	6,328,382	9.33
Total	129,477	67,840,338	-

¹Casos y costo total ponderados con la intención de embarazo; ²El costo unitario de la atención del parto con óbito se obtuvo a partir de la revisión de HC, véase Anexo 16. El total incluye la atención de controles prenatales; no se muestran en la tabla; ³Códigos CIE10: O00 a O07. En el caso de los códigos O05-O07 (que denotan abortos inseguros) se atribuyó la totalidad de su ocurrencia a un embarazo no intencionado; ⁴ Hemorragias, infección de vías urinarias, hipertensión gestacional, pre eclampsia, eclampsia/síndrome de HELLP, sepsis puerperal, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, parto obstruido y cesárea de emergencia.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012), la BD nacidos vivos (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP.

En tanto, para el caso específico de ENI en adolescentes de 15 a 19 años, se estima un total de 25.4K casos y un costo total de 14.34mdd. De este, un 95.4% correspondió a la atención de los embarazos que terminan en un nacido vivo (controles prenatales y partos vaginales o cesáreas). El resto se distribuye entre 116 óbitos atendidos (0.05mdd), 2.14K embarazos que terminan en aborto (0.46mdd), y 398 casos de complicaciones obstétricas (0.14mdd) (Cuadro II. 21). El costo total por la atención de ENI en adolescentes, representa una quinta parte del total estimado para ENI en todos los grupos de edad.

Cuadro II. 21. Costo total de atención de ENI en adolescentes* según el desenlace del embarazo, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Desenlace del embarazo	Casos	Costo total	%
Nacido vivo ¹	23,174	13,691,431	95.4
Obito ²	116	53,493	0.4
Aborto ^{2,3}	2,142	463,622	3.2
Complicaciones obstétricas ^{2,4}	398	136,033	0.9
Total	25,830	14,344,579	-

* Conjunto formado por los embarazos no deseados y no planeados en adolescentes de 15 a 19 años.

¹ Casos y costo total ponderados con la intención de embarazo; ²El costo unitario de la atención del parto con óbito se obtuvo a partir de la revisión de HC, véase Anexo 16. El total incluye la atención de controles prenatales; no se muestran en la tabla; ³Códigos CIE10: O00 a O07. En el caso de los códigos O05-O07 (que denotan abortos inseguros) se atribuyó la totalidad de su ocurrencia a un embarazo no intencionado; ⁴ Hemorragias, infección de vías urinarias, hipertensión gestacional, pre eclampsia, eclampsia/síndrome de HELLP, sepsis puerperal, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, parto obstruido y cesárea de emergencia.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENSANUT (2012), la BD nacidos vivos (2015) y la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP.

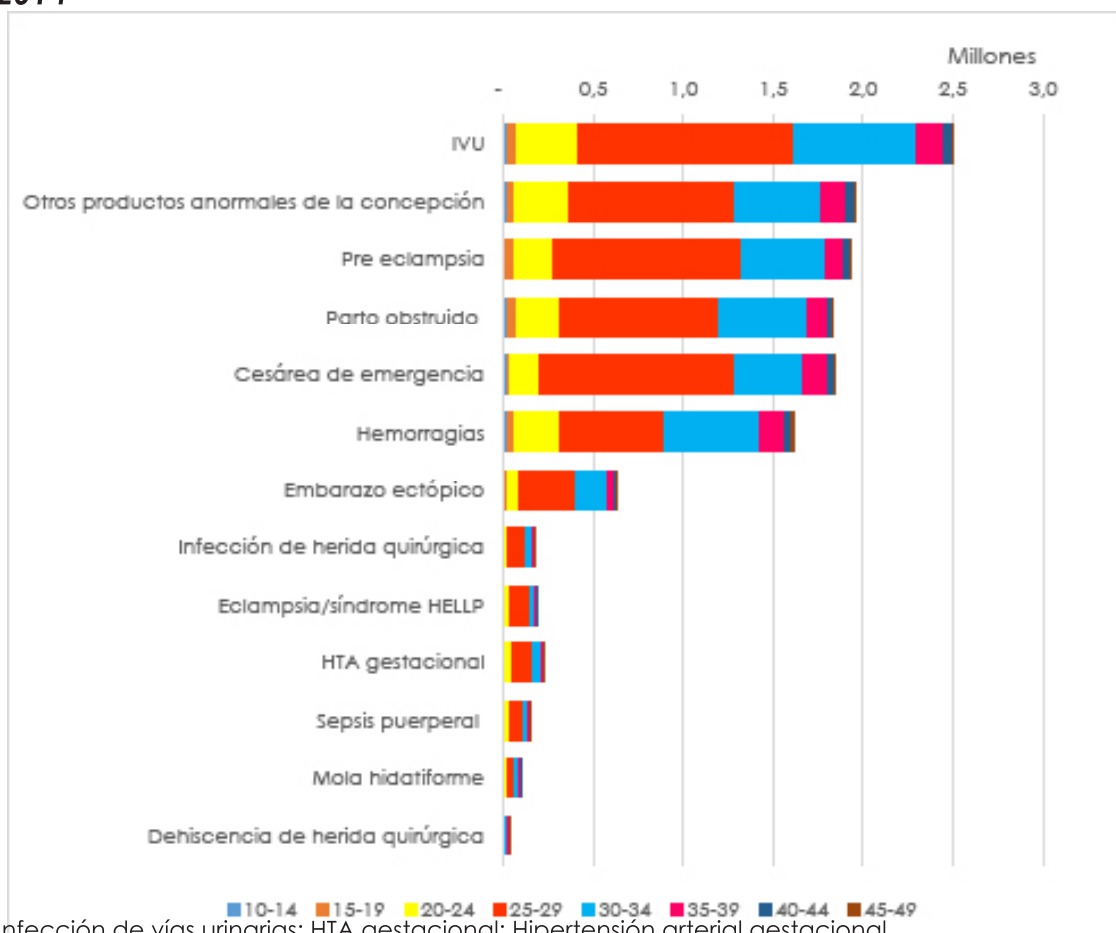
Atención de complicaciones obstétricas

Con el propósito de satisfacer, a cabalidad, las preguntas planteadas en el estudio sobre el costo por concepto de atención de complicaciones obstétricas, se presentan los resultados distinguiendo entre costos de complicaciones obstétricas en general y de morbilidad y mortalidad materna prevenible.

Costo de atención de las complicaciones obstétricas

El costo de atención de complicaciones obstétricas en el MSP, ascendió a 13.18mdd. De estos, las infecciones de vías urinarias (IVU) aportaron la mayor proporción, 19% equivalente a 2.5mdd. En segundo lugar, los trastornos hipertensivos (agregando pre-eclampsia, eclampsia/síndrome de HELLP y HTA gestacional) participaron con el 18% del total (2.34mdd). La atención de partos obstruidos, cesárea de emergencia y hemorragias también resultó significativa en términos de costos (13.9%, 13.7% y 11.9% del total, respectivamente. Figura II. 17 y Cuadro II. 22.

Figura II. 17. Costo total de atención de complicaciones obstétricas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública. En millones de dólares estadounidenses de 2014



IVU: Infección de vías urinarias; HTA gestacional: Hipertensión arterial gestacional
Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios 2015.

Cuadro II. 22. Complicaciones obstétricas y costo total de su atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Complicación	Casos	Costo total	% del costo total
Embarazo ectópico	1,540	631,324.2	5
Mola hidatiforme	248	100,688.0	1
Otros productos anormales de la concepción	7,943	1,961,895.1	15
Hemorragias	5,770	1,607,916.7	12
IVU ¹	9,553	2,499,592.1	19
HTA gestacional ²	933	229,365.1	2
Pre eclampsia	4,128	1,930,465.5	15
Eclampsia/síndrome HELLP	268	189,019.1	1
Sepsis puerperal	588	146,843.2	1
Infección de herida quirúrgica	334	178,315.2	1
Dehiscencia de herida quirúrgica	282	29,724.3	0.2
Parto obstruido	4,187	1,833,798.3	14
Cesárea de emergencia	4,908	1,844,146.2	14
Total	40,682	13,183,092.9	

¹IVU: Infección de vías urinarias; ²HTA gestacional: Hipertensión arterial gestacional

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios 2015.

Costo de atención de las complicaciones obstétricas prevenibles

El costo total de la atención de las complicaciones obstétricas prevenibles ascendió a 716.4 mil dólares, siendo las hemorragias las que ocuparon el primer lugar con 58% del total. El segundo lugar correspondió al costo de atención de la eclampsia con el 17.4% del total. Por grupos de edad, la atención de complicaciones prevenibles entre los 20 y 24 años representa la mayor parte del costo total (un poco más de 200 mil dólares) junto con la atención entre los 15 y 19 años (195.16 mil dólares). Es notable el caso de la atención de eclampsia, donde el costo de atención en adolescentes (15-19 años) fue superior (40.5% del total, 50.6 mil dólares). Cuadro II. 23.

Cuadro II. 23. Costo total de atención de complicaciones obstétricas prevenibles*, por grupos de edad, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Grupo de edad	Complicación								Total
	Aborto séptico	%	Eclampsia	%	Hemorragia posparto	%	Sepsis puerperal	%	
10 a 14	2,287	2.1	4,333	3.4	6,151	1.4	999	1.4	13,770
15 a 19	18,621	17.3	50,628	40.5	104,187	25.1	21,727	31.2	195,163

20 a 24	26,789	25.0	24,934	19.9	124,948	30.1	23,725	34.1	200,394
25 a 29	25,155	23.4	18,695	14.9	86,118	20.7	10,489	15.1	140,457
30 a 34	18,295	17.0	14,241	11.3	52,286	12.6	6,743	9.7	91,564
35 a 39	10,127	9.4	7,856	6.2	25,758	6.2	4,745	6.8	48,487
40 a 44	4,574	4.2	4,333	3.4	13,071	3.1	999	1.4	22,977
45 a 49	1,307	1.2	-	0.0	2,307	0.5	-	0.0	3,613
Total	107,154	14.9	125,019	17.4	414,826	57.9	69,426	9.6	716,425

* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir su aparición durante la gestación, parto o puerperio

Códigos CIE-10 correspondientes: Aborto séptico (O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050); Eclampsia (O151, O150, O152, O159); Hemorragia postparto (O720, O722, O721, O72); Sepsis puerperal (O85).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

Respecto a la distribución geográfica de las complicaciones obstétricas prevenibles, se observa en el Cuadro II. 24 que Pichincha fue la provincia que registró el costo total estimado más alto, con 139.3 mil dólares, de los cuales, seis de cada diez (n= 82.8 mil) son gastados en la atención de eclampsia y hemorragia posparto. En las provincias Guayas y Manabí el costo total rebasó los 50mil dólares. En Guayas, el 74.6% del costo total (n= 39.9 mil dólares) lo representa la atención a eclampsia y hemorragia posparto; en Manabí, el porcentaje de costos por la atención de estas complicaciones asciende al 85.5% del total (n= 50.8mil).

Cuadro II. 24. Costo total de complicaciones obstétricas prevenibles*, por región y provincia de atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Región geográfica	Provincia	Aborto séptico	Eclampsia	Hemorragia posparto	Sepsis puerperal	Costo total
Amazonía	Morona Santiago	3,920	1,296	24,221	2,497	31,934
	Napo	4,247	2,592	3,845	999	11,683
	Orellana	2,287	1,296	5,382	999	9,964
	Pastaza	980	-	4,229	5,494	10,703
	Sucumbíos	1,307	5,185	6,536	2,248	15,275
	Zamora Chinchipe	-	648	11,149	499	12,297
Costa	El Oro	3,920	4,630	24,990	2,747	36,287
	Esmeraldas	9,147	8,335	25,374	4,745	47,601
	Guayas	11,107	19,911	19,992	2,497	53,507
	Los Ríos	1,307	926	3,845	2,997	9,074

Insular Sierra	Manabí	4,900	11,576	39,214	3,746	59,437
	Santa Elena	1,633	3,704	3,076	250	8,663
	Ga- lápagos	-	648	-	-	648
	Azuay	3,920	7,651	35,370	2,497	49,439
	Bolívar	-	765	3,845	1,998	6,608
	Cañar	1,633	6,886	11,534	999	21,052
	Carchi	980	765	11,918	499	14,163
	Chim- borazo	7,187	3,061	36,908	499	47,655
	Coto- paxi	5,880	2,295	14,609	2,248	25,033
	Imba- bura	980	765	22,683	3,746	28,174
	Loja	980	3,061	21,529	2,497	28,067
	Pichin- cha	35,936	31,371	51,517	20,478	
	Santo Domingo de los Tsá- chilas	653	765	9,996	999	12,413
Tungu- rahua	4,247	6,886	23,067	3,247	37,447	

* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir su aparición durante la gestación, parto o puerperio. Nota: El rojo denota un costo más alto, el color verde uno menor. Códigos CIE-10 correspondientes: Aborto séptico (O035, O030, O045, O040, O065, O060, O055, O050); Eclampsia (O151, O150, O152, O159); Hemorragia postparto (O720, O722, O721, O72); Sepsis puerperal (O85).

Nota: El color rojo denota un mayor costo, mientras que el verde uno menor.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

Costo de atención de complicaciones del aborto inseguro

El costo total por la atención de complicaciones causadas por el aborto inseguro es de 2.25 mdd, dados por la atención de 9,031 casos de aborto incompleto, 367 de hemorragia, 246 de infección genital/pelviana y 30 de diversos tipos (e.g. embolia). Al ajustar el número de casos con el método AICM, que corrige por el sub-registro de casos, el costo total se elevaría a prácticamente el doble (4.6 mdd) pues se contabilizarían 18,306 casos de aborto incompleto, 744 hemorragias, 498 infecciones genitales, y 61 casos de otro tipo. (Cuadro II. 25).

Cuadro II. 25. Costo total de la atención de complicaciones de abortos inseguros en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015, usando el registro oficial y el AICM. En dólares estadounidenses de 2014

Complicación	Casos		Costo total	
	Registro oficial ¹	AICM ²	Registro oficial ¹	AICM ²
Aborto incompleto ³	9,031	18306	1,888,190	3,827,345
Infección genital y pelviana	246	498	100,660	204,038
Hemorragia	367	744	251,768	510,331
Otras	30	61	10,683	21,655

¹Extraídos de la BD egresos hospitalarios, usando los códigos CIE10: O05-07; ²Abortion Incidence Complications Method, propuesto por el Instituto Guttmacher; ³Su costo implica el de la evacuación uterina, y adicionalmente el del manejo de la complicación.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015).

Costos indirectos

Abandono escolar de adolescentes embarazadas

Se estimó un total de 6,487 casos de adolescentes que abandonaron los estudios dado un embarazo en el año 2015. Más de la mitad (56%) se encontraba cursando la educación básica al momento de abandonar, por lo que la mayor pérdida de años de escolaridad se presenta en este subconjunto. El total de mujeres que abandonó de forma permanente los estudios dado un embarazo, equivalió a una pérdida estimada en 36,871 años de escolaridad, con una media de 5.8 años por mujer. Cuadro II. 26.

Los ingresos perdidos por las mujeres que abandonaron la escuela en 2015 o los ingresos que habrían percibido de no haber abandonado los estudios antes del nivel superior, estimados a partir de las curvas de ingreso a lo largo de la vida (Figura II. 18), ascienden a 728.5 millones (antes de descontar los ingresos perdidos) y en 316.7 millones luego de descontar los costos a una tasa del 3%. Cuadro II. 26.

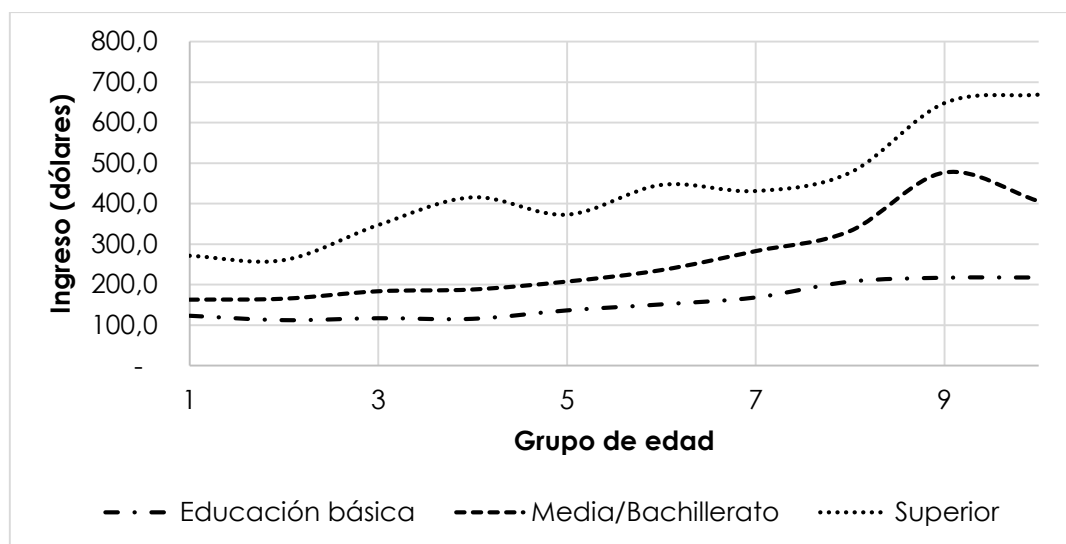
Cuadro II. 26. Adolescentes que abandonan los estudios, años de escolaridad e ingresos potenciales perdidos según nivel cursado al momento de abandonar la escuela. Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Nivel al abandonar los estudios	Casos	Años de escolaridad perdidos	Ingresos perdidos*	
			Sin descuento	Con descuento
Educación básica	3,641	25,488	491,305,157	208,977,662
Media/Bachillerato	2,846	11,384	237,200,743	107,755,231
Total	6,487	36,871	728,505,900	316,732,893

* Ingreso marginal perdido por abandonar la escuela tanto en el nivel básico, como el nivel medio. Se calculó haciendo la diferencia entre los ingresos anualizados y extendidos a lo largo de la edad laboral, y la escolaridad de referencia: nivel de estudios superior (i.e. se asumió que es el ideal alcanzable en escolaridad).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN (2004), ENSANUT (2012), y ENDEMAIN (2014).

Figura II. 18. Ingreso esperado en mujeres empleadas de 15 a 64 años. Por grupos de edad, Ecuador, 2015



Grupos de edad: 1) 15 a 19; 2) 20 a 24; 3) 25 a 29; 4) 30 a 34; 5) 35 a 39; 6) 40 a 44; 7) 45 a 49; 8) 50 a 54; 9) 55 a 59; 10) 60 a 64

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la ENEMDU (diciembre 2015).

Mortalidad prematura

En el país se registraron 183 muertes atribuibles a complicaciones obstétricas, de las cuales, el 44% ocurrió en el MSP (n= 81), lo que se traduce a su vez en 4 mil años de vida perdidos. Cuadro II. 27.

Cuadro II. 27. Muertes y AVP atribuibles a complicaciones obstétricas*, por lugar de ocurrencia de la muerte. Ecuador, 2015

Lugar de ocurrencia de la muerte	Muertes	AVP
Establecimiento del MSP	81	4077
Casa	27	1394
Establecimiento de la Junta de Beneficencia	25	1276
Hospital, clínica o consultorio particular	23	1186
Establecimiento del IESS	20	1000
Otro	7	361
Total	183	9293

*Códigos O00 a O99; IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015).

La lista de causas es diversa y se compone de las presentadas en el Cuadro II. 28. El 47% (n= 86) se concentra entre la eclampsia, HTA gestacional, abortos, hemorragia post-parto e IVU. En conjunto, estas causas representan una pérdida de 4329 AVP.

Cuadro II. 28. Muertes y AVP por causa obstétrica. Ecuador, 2015

Causa de la muerte	Muertes	AVP
Muertes maternas tardías ¹	33	1,733
Eclampsia	30	1,505
Enfermedades clasificables en otra parte ^{2*}	27	1,442
Trastornos hipertensivos gestacionales	20	966
Hemorragia postparto	18	932
Embarazo que termina en aborto ³	13	638
Otras causas ⁴	12	590
Otro trauma obstétrico	9	438
Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae)	5	241
IVU	5	289
Trastornos placentarios	5	239
Hipertensión preexistente*	3	139
Sepsis puerperal	3	143
Total	183	9,293

* Condición que afecta el embarazo, parto y puerperio

¹Códigos CIE-10: O96, O97

²Códigos CIE-10: O98, O99

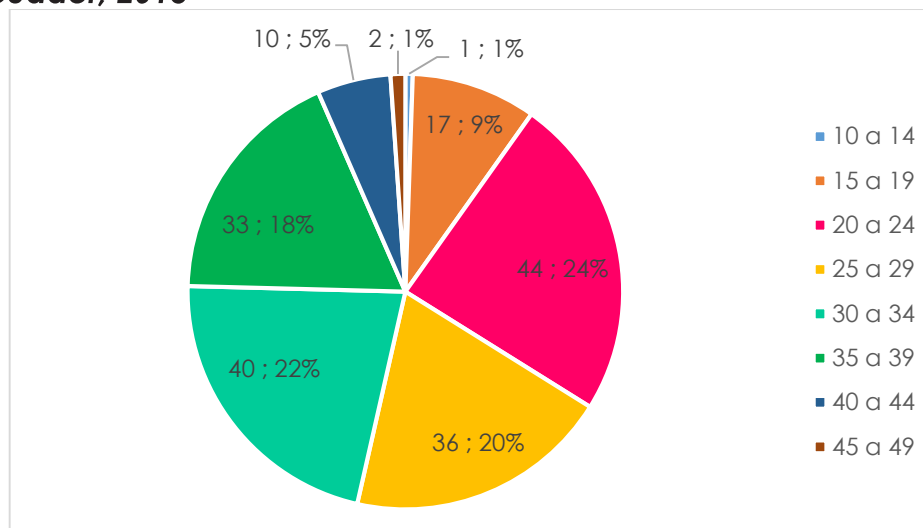
³Códigos CIE-10: O00 a O07

⁴Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre, atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos, otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas, placenta previa, ruptura prematura de las membranas, complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto, muerte obstétrica de causa no especificada

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015)

Por grupos de edad (Figura II. 19), la ocurrencia de muertes es preponderante entre los 20 y los 39 años, pues en entre estos ocurre el 83.6% de casos totales (153 de 183). En la misma proporción se concentran los AVP entre estos grupos de edad.

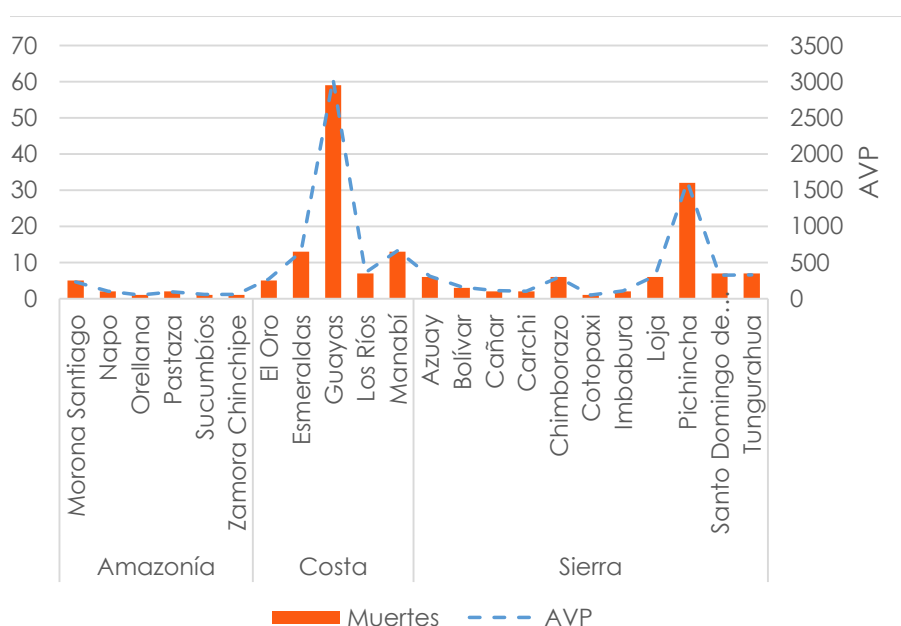
Figura II. 19. Muertes atribuibles a complicaciones obstétricas, por grupos de edad. Ecuador, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015)

Prácticamente la totalidad de casos se concentra entre la Costa y la Sierra (n= 171, 93.4%), donde las provincias Guayas y Pichincha registran los valores máximos en la distribución de muertes (n= 59 y 32, respectivamente), alcanzando así el 50% de los casos totales en el país. Los AVP van en consonancia. Figura II. 20.

Figura II. 20. Muertes y AVP atribuibles a complicaciones obstétricas, según región geográfica y provincia de la muerte. Ecuador, 2015



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015)

El costo social, según los tres escenarios posibles estimados, puede ubicarse entre 14.8 y 93.8mdd. Los dos primeros escenarios podrían acercarse a la valoración social de la muerte prematura en Ecuador, puesto que se calcularon con datos de países en desarrollo. Cuadro II. 29.

Cuadro II. 29. Costo social por mortalidad prematura a causa de complicaciones obstétricas. MSP, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Escenario	Costo social
1	93,828,382
2	82,099,843
3	14,841,073

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir del estudio The costs of road injuries in Latin America (19) y la técnica del capital humano. Véase sección de métodos

De las 51 muertes clasificadas como prevenibles, 19 (37.2%) ocurrieron en el MSP, lo que representa casi un siglo de AVP (n= 986 años) (Cuadro II. 30).

De las cuatro causas de mortalidad prevenible analizadas, se encontraron tres para el MSP en el año 2015: eclampsia, hemorragia post-parto y sepsis puerperal, con 30, 18 y 3 casos, respectivamente. La mayor frecuencia de casos ocurrió en los grupos de edad de 35 a 39 años (n= 13 muertes, 559 AVP), y el de 25 a 29 (n= 12 muertes, 625 AVP). Las provincias con mayor registro de muertes y AVP fueron Guayas y Pichincha (n= 17 y 11 muertes, respectivamente), ocupando el 55% del total de muertes prevenibles en el país. Cuadro II. 31.

Cuadro II. 30 Muertes y años de vida perdidos (AVP) atribuibles a complicaciones obstétricas prevenibles*, por lugar de ocurrencia de la muerte. Ecuador, 2015

Lugar de ocurrencia de la muerte	Muertes	AVP
Casa	3	148
Establecimiento de la Junta de Beneficencia	11	568
Establecimiento del IESS	9	450
Establecimiento del MSP	19	986
Hospital, clínica o consultorio particular	7	341
Otro	2	87
Total	51	2580

* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir la ocurrencia de eclampsia, hemorragia postparto, sepsis puerperal y aborto séptico durante la gestación, parto o puerperio. IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

Cuadro II. 31. Muertes y AVP atribuibles a la mortalidad prevenible*, según grupo de edad, causa de la muerte y provincia de fallecimiento. MSP, 2015

Categoría	Muertes (n= 51)	AVP (n= 2580)
Grupo de edad		
10 a 14	1	66
15 a 19	6	371
20 a 24	8	467
25 a 29	12	625
30 a 34	8	377
35 a 39	13	559
40 a 44	3	114
Causa de la muerte		
Eclampsia ¹	30	1,505
Hemorragia postparto ²	18	932
Sepsis puerperal ³	3	143
Provincia		
Guayas	17	864
Pichincha	11	548
Chimborazo	4	208
Loja	4	204
Esmeraldas	3	139
Manabí	3	163
Morona Santiago	2	85
Azuay	2	100
Orellana	1	52
Pastaza	1	61
El Oro	1	54
Los Ríos	1	61
Santo Domingo de los Tsáchilas	1	43

* Definidas de acuerdo a la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir la ocurrencia de eclampsia, hemorragia postparto, sepsis puerperal y aborto séptico, parto o puerperio. En la BD solamente se hallaron registros para las dos causas mostradas en la tabla.

Nota: Corresponde a los códigos CIE-10: ¹O151, O150, O152, O159; ²O720, O722, O721, O72; ³O85. La suma de cifras en cada categoría pudieran no ser iguales al total (n= 986) dado el redondeo.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2015) y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna.

La pérdida social atribuible va desde los 2.24 mdd hasta los 9.7 mdd (Cuadro II. 32), dependiendo del escenario de cálculo.

Cuadro II. 32. Costo social por mortalidad prematura a causa de complicaciones obstétricas prevenibles. MSP, 2015 (dólares estadounidenses de 2014)

Escenario	Costo social
1	26,148,893
2	22,880,282
3	4,126,388

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir del estudio The costs of road injuries in Latin America (19), la técnica del capital humano y el Plan estratégico Mesoamericano de Salud Materna . Véase sección de métodos

Costo total de cubrir la demanda insatisfecha de planificación familiar

De acuerdo a los escenarios creados, la cantidad de usuarias potenciales de métodos de PF oscila entre 144,140 y 296,195 y se distribuyen de manera diferenciada entre los métodos que usarían (escenarios 1, 2, 5 y 6; creados en función del uso actual reportado) o que optarían usar (escenarios 3, 4, 7 y 8; determinados por el deseo de uso reportado). En la totalidad de escenarios los métodos preferidos serían las inyecciones y las pastillas anticonceptivas. Cuadro II. 33.

Cuadro II. 33. Usuaría(o) s estimada(o)s de métodos de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*

Escenario**	Método	Nuevas usuarias	
		Dato oficial ¹	Cálculo propio ²
1, 5	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	3,558	7,605
	Inyección anticonceptiva ⁴	49,383	66,559
	Implante ³	11,066	10,977
	Pastillas anticonceptivas ⁴	36,649	66,593
	Condón femenino ⁴	-	1,032
	Condón masculino ⁴	34,401	38,569
	MELA ⁴	2,579	5,442
Subtotal		144,140	203,283
2, 6	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	4,101	9,165
	Inyección anticonceptiva ⁴	57,184	80,726
	Implante ³	12,821	13,403
	Pastillas anticonceptivas ⁴	41,681	80,338
	Condón femenino ⁴	-	1,229
	Condón masculino ⁴	40,106	46,541
	Subtotal		162,399

3, 7	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	Implante ³	21,205	28,651
	Inyección anticonceptiva ⁴	66,894	116,052
	Pastillas anticonceptivas ⁴	49,399	85,359
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,729	12,990
	Píldora de emergencia	1,724	3,221
	Condón masculino ⁴	15,502	29,928
Subtotal		167,959	282,706
4, 8	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	Implante ³	21,761	29,886
	Inyección anticonceptiva ⁴	68,719	121,925
	Pastillas anticonceptivas ⁴	50,857	89,279
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,900	13,672
	Píldora de emergencia	1,778	3,312
	Condón masculino ⁴	15,981	31,616
Subtotal		172,500	296,195

* Este representaría el segundo año en la cobertura de la necesidad insatisfecha de métodos de PF. El año inicial de la proyección es el 2014. Véase capítulo tres. ** Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. ¹El valor reportado oficialmente es de 7% para la NIPF; ²La NIA calculada (usando la misma BD y el mismo algoritmo de ENDEMAIN) por el equipo consultor fue de 10%; ³Tanto para el número esperado de usuarias de métodos definitivos, como de métodos temporales de larga duración, se hizo la diferencia con el año anterior de las estimaciones; ⁴Métodos temporales, se requiere resurtimiento de los mismos.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN(2004), ENSANUT (2012), la Norma Oficial de Planificación Familiar, y las proyecciones de población de SENPLADES

La demanda potencial de servicios de PF (operacionalizada en consultas iniciales y de seguimiento) se muestra en el Cuadro II. 34 y el Cuadro II. 35. A su vez, el conteo de consultas iniciales se desprende de manera natural de la cantidad de usuarias de métodos. El mayor número de consultas de seguimiento sería consumido por las usuarias de inyecciones, pues si bien se otorgarían tres consultas de seguimiento (idealmente) al igual que en el caso de condones y anticonceptivos orales. Debe recordarse que la demanda por este método sería potencialmente la más importante en la mayoría de escenarios (Cuadro II. 33).

Cuadro II. 34. Consultas requeridas para la satisfacción de la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*

Escenario**	Método	Consultas			
		Iniciales		Seguimiento	
		Oficial ¹	Cálculo propio ²	Oficial ¹	Cálculo propio ²
1, 5	Vasectomía ³	302	302	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	3,558	7,605	3,558	7,605
	Inyección anti-conceptiva ⁴	49,383	66,559	148,149	199,678
	Implante ³	11,066	10,977	-	-
	Pastillas anti-conceptivas ⁴	36,649	66,593	109,946	199,778
	Condón femenino ⁴	-	1,032	-	3,096
	Condón masculino ⁴	34,401	38,569	103,204	115,707
	MELA ⁴	2,579	5,442	-	-
	Subtotal	144,141	203,283	371,362	532,369
2, 6	Vasectomía ³	302	302	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	4,101	9,165	4,101	9,165
	Inyección anti-conceptiva ⁴	57,184	80,726	171,551	242,178
	Implante ³	12,821	13,403	-	-
	Pastillas anti-conceptivas ⁴	41,681	80,338	125,043	241,014
	Condón femenino ⁴	-	1,229	-	3,688
	Condón masculino ⁴	40,106	46,541	120,319	139,623
	Subtotal	162,399	237,907	427,520	642,172
3, 7	Vasectomía ³	302	302	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203	6,203	6,203
	Implante ³	21,205	28,651	-	-
	Inyección anti-conceptiva ⁴	66,894	116,052	200,683	348,156

	Pastillas anti-conceptivas ⁴	49,399	85,359	148,197	256,078
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,729	12,990	6,729	12,990
	Píldora de emergencia	1,724	3,221	-	-
	Condón masculino ⁴	15,502	29,928	46,507	89,785
Subtotal		167,959	282,706	408,622	713,514
4, 8	Vasectomía ³	302	302	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203	6,203	6,203
	Implante ³	21,761	29,886	-	-
	Inyección anti-conceptiva ⁴	68,719	121,925	206,156	365,776
	Pastillas anti-conceptivas ⁴	50,857	89,279	152,570	267,836
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,900	13,672	6,900	13,672
	Píldora de emergencia	1,778	3,312	-	-
	Condón masculino ⁴	15,981	31,616	47,944	94,847
Subtotal		172,500	296,195	420,075	748,635

* Este representaría el segundo año en la cobertura de la necesidad insatisfecha de métodos de PF. El año inicial de la proyección es el 2014. Véase capítulo tres. ** Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. ¹El valor reportado oficialmente es de 7% para la NIPF; ²La NIA calculada (usando la misma BD y el mismo algoritmo de ENDEMAIN) por el equipo consultor fue de 10%; ³Tanto para el número esperado de usuarias de métodos definitivos, como de métodos temporales de larga duración, se hizo la diferencia con el año anterior de las estimaciones; ⁴Métodos temporales, se requiere re-surtimiento de los mismos

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN(2004), ENSANUT (2012), la Norma Oficial de Planificación Familiar, y las proyecciones de población de SENPLADES

Por su parte, los condones masculinos serían el método de anticoncepción del que se requeriría la mayor cantidad de unidades, puesto que las usuarias de este método deben recibir 15 unidades mensuales, durante los 12 meses del año (180 condones por usuaria al año). Al anterior le seguiría en importancia las inyecciones (Cuadro II. 35).

Cuadro II. 35. Cantidad de métodos de requeridos para satisfacer la necesidad de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015*

Escenario**	Método	Cantidad requerida	
		Dato oficial ¹	Cálculo propio ²
1, 5	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	3,558	7,605
	Inyección anticonceptiva ⁴	592,596	798,712
	Implante ³	11,066	10,977
	Pastillas anticonceptivas ⁴	329,838	599,333
	Condón femenino ⁴	-	185,780
	Condón masculino ⁴	6,192,258	6,942,401
	Subtotal		7,135,820
2, 6	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	DIU, espiral o T de cobre ³	4,101	9,165
	Inyección anticonceptiva ⁴	686,205	968,711
	Implante ³	12,821	13,403
	Pastillas anticonceptivas ⁴	375,129	723,041
	Condón femenino ⁴	-	221,300
	Condón masculino ⁴	7,219,132	8,377,377
	Subtotal		8,303,894
3, 7	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	Implante ³	21,205	28,651
	Inyección anticonceptiva ⁴	802,734	1,392,624
	Pastillas anticonceptivas ⁴	444,592	768,233
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,729	12,990
	Píldora de emergencia	3,448	6,443
	Condón masculino ⁴	2,790,438	5,387,091
	Subtotal		4,075,650
4, 8	Vasectomía ³	302	302
	Esterilización femenina ³	6,203	6,203
	Implante ³	21,761	29,886
	Inyección anticonceptiva ⁴	824,624	1,463,103
	Pastillas anticonceptivas ⁴	457,709	803,507
	DIU, espiral o T de cobre ³	6,900	13,672
	Píldora de emergencia	3,555	6,624
	Condón masculino ⁴	2,876,640	5,690,822
	Subtotal		4,197,694

* Este representaría el segundo año en la cobertura de la necesidad insatisfecha de métodos de PF. El año inicial de la proyección es el 2014. Véase capítulo tres. ** Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y va

ginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. ¹El valor reportado oficialmente es de 7% para la NIPF; ²La NIA calculada (usando la misma BD y el mismo algoritmo de ENDEMAIN) por el equipo consultor fue de 10%; ³Tanto para el número esperado de usuarias de métodos definitivos, como de métodos temporales de larga duración, se hizo la diferencia con el año anterior de las estimaciones; ⁴Métodos temporales, se requiere re-surtimiento de los mismos.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN(2004), ENSANUT (2012), la Norma Oficial de Planificación Familiar, y las proyecciones de población de SENPLADES

La provisión de los métodos anticonceptivos, que incluye las consultas y los métodos mismos, mostrada en las dos tablas anteriores, generaría los totales mostrados en el Cuadro II. 36, donde se observa que los escenarios 1, 2, 5 y 6, (creados a partir del uso actual reportado de métodos) la entrega de condones sería la actividad más costosa. En tanto, en los escenarios 3, 4, 7 y 8 (creados a partir del deseo de uso de métodos) las inyecciones representarían el mayor costo.

Cuadro II. 36. Costos totales por la provisión de métodos anticonceptivos, incluyendo las consultas y las unidades de métodos entregados en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.* En miles de dólares estadounidenses de 2014

Escenario**	Método	Consultas				Cantidad requerida	
		Iniciales		Seguimiento		Dato oficial ¹	Cálculo propio ²
		Dato oficial ¹	Cálculo propio ²	Dato oficial ¹	Cálculo propio ²		
1, 5	Vasectomía ³	3.8	3.8	2.4	2.4	55.7	55.7
	Esterilización femenina ³	78.8	78.8	48.4	48.4	1,589.5	1,589.5
	DIU, espiral o T de cobre ³	45.2	96.6	27.8	59.4	1.3	2.7
	Inyección anticonceptiva ⁴	627.1	845.2	1,156.5	1,558.7	1,161.0	1,564.8
	Implante ³	140.5	139.4	-	-	142.1	141.0
	Pastillas anticonceptivas ⁴	465.4	845.7	858.2	1,559.5	376.7	684.4
	Condón femenino ⁴	-	13.1	-	24.2	-	104.8
	Condón masculino ⁴	436.9	489.8	805.6	903.2	3,175.9	3,560.6
	MELA ⁴	32.7	69.1	-	-	-	-
	Subtotal	1,830.4	2,581.5	2,898.9	4,155.7	6,502.2	7,703.6
2, 6	Vasectomía ³	3.8	3.8	2.4	2.4	55.7	55.7
	Esterilización femenina ³	78.8	78.8	48.4	48.4	1,589.5	1,589.5

	DIU, espiral o T de cobre ³	52.1	116.4	32.0	71.5	1.5	3.3
	Inyección anti-conceptiva ⁴	726.2	1,025.1	1,339.1	1,890.4	1,344.4	1,897.9
	Implante ³	100.1	170.2	-	-	164.7	172.1
	Pastillas anticonceptivas ⁴	325.4	1,020.2	976.1	1,881.4	428.4	825.7
	Condón femenino ⁴	-	15.6	-	28.8	-	124.9
	Condón masculino ⁴	313.1	591.0	939.2	1,089.9	3,702.5	4,296.6
Subtotal		1,599.4	3,021.2	3,337.2	5,012.8	7,286.7	8,965.7
3, 7	Vasectomía ³	3.8	3.8	2.4	2.4	55.7	55.7
	Esterilización femenina ³	78.8	78.8	48.4	48.4	1,589.5	1,589.5
	Implante ³	269.3	363.8	-	-	272.3	367.9
	Inyección anti-conceptiva ⁴	849.5	1,473.7	1,566.5	2,717.7	1,572.7	2,728.4
	Pastillas anticonceptivas ⁴	627.3	1,084.0	1,156.8	1,998.9	507.7	877.3
	DIU, espiral o T de cobre ³	85.4	165.0	52.5	101.4	2.4	4.7
	Píldora de emergencia	21.9	40.9	-	-	6.6	12.4
	Condón masculino ⁴	196.9	380.1	363.0	700.9	1,431.2	2,762.9
Subtotal		2,132.9	3,590.1	3,189.7	5,569.7	5,438.2	8,398.9
4, 8	Vasectomía ³	3.8	3.8	2.4	2.4	55.7	55.7
	Esterilización femenina ³	78.8	78.8	48.4	48.4	1,589.5	1,589.5
	Implante ³	276.3	379.5	-	-	279.5	383.8
	Inyección anti-conceptiva ⁴	872.6	1,548.3	1,609.3	2,855.2	1,615.6	2,866.5
	Pastillas anticonceptivas ⁴	645.8	1,133.7	1,191.0	2,090.7	522.7	917.6
	DIU, espiral o T de cobre ³	87.6	173.6	53.9	106.7	2.5	4.9
	Píldora de emergencia	22.6	42.1	-	-	6.9	12.8
	Condón masculino ⁴	202.9	401.5	374.3	740.4	1,475.4	2,918.7
Subtotal		2,190.6	3,761.3	3,279.1	5,843.9	5,547.7	8,749.6

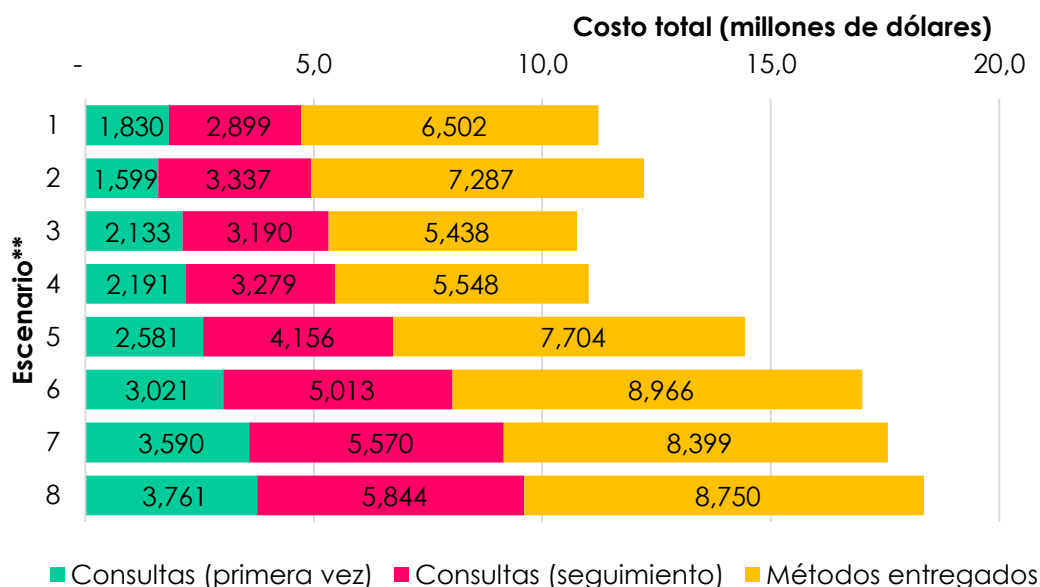
* Este representaría el segundo año en la cobertura de la necesidad insatisfecha de métodos de PF. El año inicial de la proyección es el 2014. Véase capítulo tres. ** Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales;

5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. ¹El valor reportado oficialmente es de 7% para la NIPF; ²La NIA calculada (usando la misma BD y el mismo algoritmo de ENDEMAIN) por el equipo consultor fue de 10%; ³Tanto para el número esperado de usuarias de métodos definitivos, como de métodos temporales de larga duración, se hizo la diferencia con el año anterior de las estimaciones; ⁴Métodos temporales, se requiere re-surtimiento de los mismos

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de ENDEMAIN(2004), ENSANUT (2012), la Norma Oficial de Planificación Familiar, y las proyecciones de población de SENPLADES

La Figura II. 21 resume la distribución del costo total obtenido en los ocho escenarios. Se observa en ella que el costo total de los métodos entregados, sin importar el escenario, representa la mayor proporción del total (entre 48 y 60%), seguido de las consultas de seguimiento (26-32%) y las consultas iniciales (13-20%). Se estima que el costo total de afrontar la NIPF estaría entre los 10.7 y los 18.4mdd anuales.

Figura II. 21. Costos totales por consultas/unidades de métodos requeridas para satisfacer la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015.* En millones de dólares de 2014



* Este representaría el segundo año en la cobertura de la necesidad insatisfecha de métodos de PF. El año inicial de la proyección es el 2014. Véase capítulo tres. ** Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales (Ritmo, retiro y vaginales no se presentan pues no implican atención formal de la usuaria en unidades de salud, y no tienen costo para el sistema); 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Costo de prevenir embarazos no intencionados

Para estimar el costo de prevenir embarazos en mujeres que no desean con embarazarse, se emplearon dos escenarios hipotéticos:

- 1) La distribución de métodos observada en población usuaria y
- 2) La distribución según el reporte de deseo de uso.

En el primer escenario (con la distribución de métodos observada en población usuaria) los métodos anticonceptivos permanentes (ligaduras) resultan ser los más demandados, mientras que en el segundo (la distribución según el reporte de deseo de uso) son las inyecciones junto con las pastillas (Cuadro III. 37). La aséptibilidad de uno y otro escenario es diferencial, en función de la capacidad del sistema para proveer esterilización permanente; debe recordarse que la capacidad máxima actual es de 6,203 ligaduras anuales, y este número es sobrepasado en 7.5 veces por la demanda potencial en este primer escenario, por lo que se tendría que distribuir a lo largo del tiempo (aproximadamente 7 y medio años) para ser satisfactoria. La demanda en el caso del segundo escenario es más manejable, pues se requeriría de 3 años para satisfacer la demanda por vasectomías (cuyo máximo anual es de 302) y de 2 años en el caso de las ligaduras.

Cuadro III. 37. Cantidad de métodos anticonceptivos requeridos para satisfacer la demanda de mujeres con ENI en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Método	Escenario	
	1*	2**
Vasectomía	4211	944
Ligadura	46,559	13,160
DIU	117,418	111,063
Inyección anticonceptiva	117,794	26,067
Implante	7,876	23,695
Pastillas anticonceptivas	9,942	25,657
Píldora de emergencia	-	764
Condón masculino	110,734	9,437
Total***	1110,785	1110,785

*Distribución según el uso actual de métodos; **Distribución según el uso deseado de métodos; ***Este total difiere del total de casos mostrado en la tabla anterior, pues solamente considera los embarazos (nacidos vivos, abortos, defunciones fetales). Para evitar el doble conteo de casos, se excluyen las complicaciones obstétricas que no es posible saber si el embarazo que se complica (reportado en la BDD egresos hospitalarios) corresponde a uno diferente de los reportados en la BDD nacidos vivos.
Fuente: Elaboración equipo consultor INSSP-AW, a partir de ENSSANUT (2012) y los cálculos de embarazos no intencionados atendidos en el INSSP durante el 2015.

Es importante señalar que aun cubriendo en su totalidad la demanda insatisfecha por planificación familiar, se requerirían las cantidades de métodos observadas en el Cuadro II. 38.

Cuadro II. 38. Cantidad de consultas y métodos requeridos para satisfacer la demanda de mujeres con ENI. MSP, 2015

Método	Consultas				Cantidad de métodos (unidades)	
	Iniciales		Seguimiento		Escenario 1*	Escenario 2**
	Escenario 1*	Escenario 2**	Escenario 1*	Escenario 2**		
Esterilización masculina	421	944	421	944	421	944
Esterilización femenina	46,599	13,160	46,599	13,160	46,599	13,160
Implante	7,876	23,695	-	-	9,942	23,695
Inyección anticonceptiva	17,794	26,067	53,382	78,200	213,527	312,799
Pastillas anti-conceptivas	9,942	25,657	52,255	76,970	156,764	230,909
DIU	17,418	11,063	7,876	11,063	7,876	11,063
Píldora de emergencia	-	764	-	-	-	1,527
Condón masculino	10,734	9,437	32,201	28,310	1,932,041	1,698,588
Total	110,785	110,785	192,734	208,646	2,367,171	2,292,685

*Distribución según el uso actual de métodos; **Distribución según el uso deseado de métodos

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de ENSANUT (2012) y los cálculos de embarazos no intencionados atendidos en el MSP durante el 2015.

El total necesario bajo el escenario de uso actual reportado asciende a 16.7mdd, mientras que bajo el deseo de uso el costo total es de 8.6mdd (Cuadro II. 39). Ambas cifras son sustancialmente menores a la estimada para la atención de ENI (67.8mdd). El primer escenario representa el 25% de este total (lo que equivale a un ahorro de 51.19mdd) y el segundo el 13% (ahorro de 59.19mdd). Atender un ENI cuesta en promedio 612 dólares, mientras que prevenirlo (la provisión de métodos anticonceptivo a usuarias con ENI) tiene un costo entre 78 y 150.

Cuadro II. 39. Costo total de consultas iniciales, seguimientos y métodos necesarios para satisfacer la demanda de mujeres con ENI en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015. En dólares estadounidenses de 2014

Método	Escenario 1*	Escenario 2**
Vasectomía	86,328	193,376
Ligadura	12,896,747	3,642,218
Implante	253,940	605,200
Inyección anticonceptiva	1,061,004	1,554,280
Pastillas anticonceptivas	808,119	1,190,336
DIU	164,334	230,813
Píldora de emergencia	-	12,643
Condón masculino	1,379,305	1,211,990
Total	16,649,777	8,640,854

*Distribución según el uso actual de métodos; **Distribución según el uso deseado de métodos

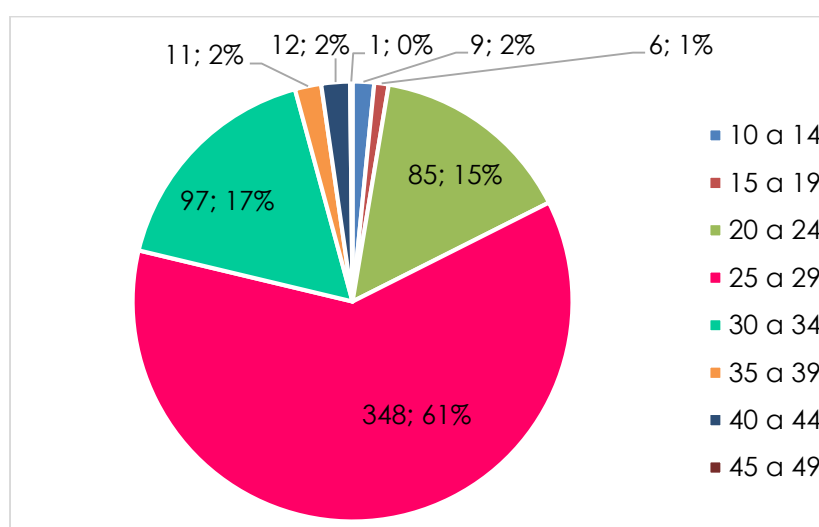
Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de ENSANUT (2012) y los cálculos de embarazos no intencionados atendidos en el MSP durante el 2015.

¿Cuál es el costo incurrido en el MSP por la atención del aborto seguro? (los casos legales)

Como se explicó en la sección de métodos, debido a que no existe un registro de los casos de abortos autorizados (aquellos permitidos por el marco legal), se asumió como legales los casos registrados con el código O04.

Se contabilizó un total de 569 casos, principalmente ocurridos en mujeres de 25 a 29 años (n= 348, 61% del total), seguido del grupo de 20 a 24 años (n=85, 15%). Un total de 15 casos (3% del total) se encontraron entre las mujeres de 10 a 19 años. Figura II. 22.

Figura II. 22. Frecuencia y proporción de abortos legales* atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015



* Correspondientes al código CIE10: O04, denotado como aborto médico-legal.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015)

La distribución geográfica de los casos se presenta en el Cuadro II. 40. De los 569 casos totales, la región Costa concentra el 87% (n= 497). Del total general, tres provincias dentro de esta región (Guayas, Los Ríos, Manabí) concentran el 82% de casos (n= 468). Pichincha no es preponderante en su contribución al total (menos del 2%, n=10 casos). No se contabilizaron casos para cuatro provincias: Loja, Napo, Sucumbíos y Tungurahua.

Cuadro II. 40. Abortos legales* atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, por región y provincia, 2015

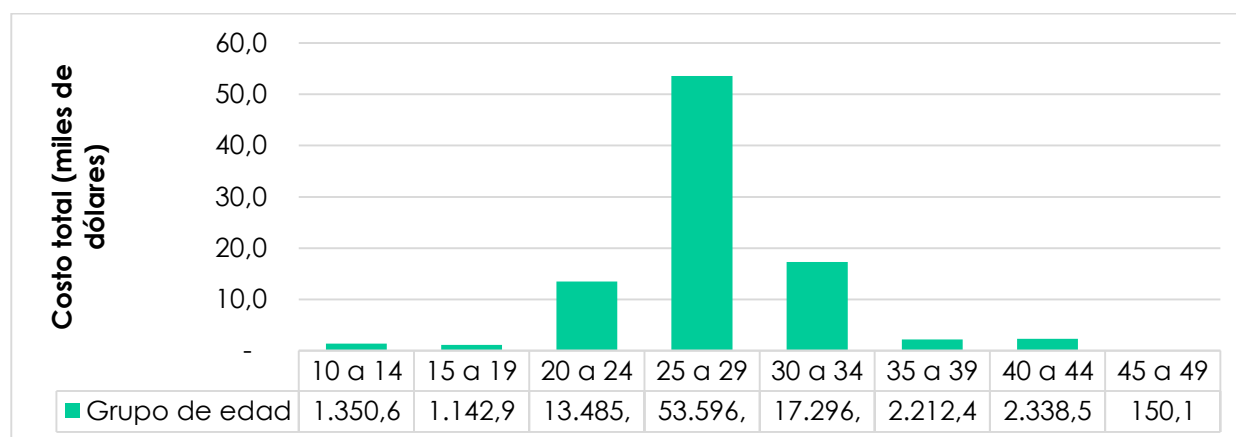
Región geográfica	Provincia	Casos	Porcentaje (%)
Amazonía	Morona Santiago	9	1.6
	Orellana	1	0.2
	Pastaza	2	0.4
	Zamora Chinchipe	1	0.2
Costa	El Oro	2	0.4
	Esmeraldas	20	3.5
	Guayas	166	29.2
	Los Ríos	170	29.9
	Manabí	132	23.2
	Santa Elena	7	1.2
Insular	Galápagos	4	0.7
Sierra	Azuay	1	0.2
	Bolíver	17	3.0
	Cañar	1	0.2
	Carchi	4	0.7
	Chimborazo	2	0.4
	Cotopaxi	3	0.5
	Imbabura	16	2.8
	Pichincha	10	1.8
	Santo Domingo de los Tsáchilas	1	0.2
Total general		569	

* Correspondientes al código CIE10: O04, denotado como aborto médico-legal

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015).

Al hacer el producto de la cantidad de evacuaciones uterinas según la técnica (AMEU, LUI, Medicamentos) y su costo unitario, se obtuvo un costo total de 91,573 dólares. Dada la frecuencia más elevada de casos entre los 25 y 29 años, el costo total se eleva a su máximo en este grupo de edad también. Figura II. 23.

Figura II. 23. Costo total de la atención del aborto de manera legal*, por grupos de edad, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, 2015



* Correspondientes al código CIE10: O04, denotado como aborto médico-legal

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y la revisión documental de HC en ES del MSP.

De la misma manera en que se distribuyen los casos, el costo total alcanzó sus valores máximos en Los Ríos, Guayas y Manabí (70.2 mil dólares acumulados), provincias de la región Costa, que a su vez alcanzó el 81% del costo total (n= 74.5mil dólares). Cuadro II. 41.

Cuadro II. 41. Costo total de la atención del aborto de manera legal, por región geográfica y provincia de atención, en establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015

Región geográfica	Provincia	Costo total	Porcentaje (%)
Amazonía	Morona Santiago	2,185.6	2.4
	Orellana	242.8	0.3
	Pastaza	485.7	0.5
	Zamora Chinchipe	242.8	0.3
Costa	El Oro	300.1	0.3
	Esmeraldas	3,001.3	3.3
	Guayas	24,910.9	27.2
	Los Ríos	25,511.2	27.9
	Manabí	19,808.7	21.6
	Santa Elena	1,050.5	1.1
Insular	Galápagos	1,134.7	1.2
Sierra	Azuay	230.9	0.3
	Bolívar	3,925.1	4.3
	Cañar	230.9	0.3
	Carchi	923.6	1.0
	Chimborazo	461.8	0.5

	Cotopaxi	692.7	0.8
	Imbabura	3,694.2	4.0
	Pichincha	2,308.9	2.5
	Santo Domingo de los Tsáchilas	230.9	0.3
Total general		91,573.4	-

* Correspondientes al código CIE10: O04, denotado como aborto médico-legal

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD egresos hospitalarios (2015) y la revisión documental de HC en ES del MSP.

Conclusiones y recomendaciones

(Costos directos)

Necesidad insatisfecha de Planificación Familiar

Costo total de provisión actual de métodos de PF durante 2013-2015 en el MSP, estimada a partir del RDACAA

El registro de consultas iniciales mostró un descenso sostenido entre los tres años del análisis: 18.5% entre 2013 (n= 495,581) y 2014 (n= 404,016); y de 15% entre 2014-2015 (n= 343,643).

Los anticonceptivos orales (combinados, solo progesterona) y las inyecciones, fueron los métodos más provistos por el MSP. Las consultas iniciales por estos dos métodos, ocuparon, de manera combinada, el 71% del total durante los tres años de análisis.

A diferencia del resto de métodos (donde la tendencia es a la baja, o fluctuante), las consultas iniciales de anticonceptivos orales de emergencia mostraron una tendencia incremental en su importancia relativa, pasando del 4 al 12% del total de consultas provistas.

La cantidad registrada de consultas de seguimiento mostró un comportamiento diverso durante el período. Métodos como los inyectables y los orales (combinados, sólo progesterona) decrecieron en frecuencia entre 2013 y 2014, para repuntar en 2015. En tanto, los condones (masculinos, femeninos) y los anticonceptivos orales de emergencia incrementaron su frecuencia.

Durante el 2013, prácticamente el 90% de consultas de seguimiento fueron por anticonceptivos inyectables y orales (combinados, sólo progesterona). Este porcentaje decreció al 78% durante el 2014, y creció nuevamente al 87% en 2015.

A pesar de su escasa participación porcentual en el total de métodos otorgados (0.14% en promedio durante el período), el alto costo de las esterilizaciones femeninas implicó que de cada 10 dólares invertidos en el otorgamiento de métodos, 1.8 fueran para realizar este tipo de procedimientos. No obstante, la mayor fracción del total fue ocupada por la entrega de métodos inyectables, invirtiéndose en ellos 3.5 de cada 10 dólares.

El costo total por la provisión de PF (agrupando las consultas iniciales-seguimientos y la entrega de métodos) pasó de 17.4mdd en 2013, a 19.7mdd en 2015. A lo largo del período, el costo total de consultas iniciales y de

seguimiento representó 3 de cada 4 dólares invertidos.

Costo total de cubrir la demanda insatisfecha de PF

En el año 2015 (segundo año de cobertura de NIPF, la cual arranca desde 2014), la cantidad de usuarias potenciales de métodos de PF se estimó en un rango entre 144.14K y 296.2K; dependiendo del escenario de estimación. Las usuarias de inyecciones y anticonceptivos orales serían más preponderantes, lo cual se reflejaría en una mayor cantidad demandada de consultas iniciales y seguimiento por estos métodos.

No obstante, la necesidad de adquirir condones masculinos sería la más alta, puesto que, de acuerdo a la norma oficial de PF para el país, se entregan 15 unidades mensualmente. De acuerdo a las estimaciones realizadas, prácticamente 8 de cada 10 métodos adquiridos serían condones.

El costo total de cubrir la NIPF (asesoría en PF/entrega métodos anticonceptivos), se estima entre 11.2 y 18.3mdd anuales.

Se estimó que entre el 14 y 33.5% del costo total sería utilizado en consultas iniciales, entre el 26 y 52% en consultas de seguimiento, y entre 48 y 80% para la adquisición de métodos.

ENI en el MSP

Caracterizando la intencionalidad del embarazo como la unión de dos conjuntos (embarazos no deseados más no planeados), la cifra abarca en promedio a dos de cada tres casos en el país, ajustando el reporte al año 2015 (véase anexo metodológico). La cifra alcanza su máximo en los grupos de edad entre 20-24 y 35-39 años, donde 7.3 de cada 10 casos entran en esta categoría.

No se encontró registro de los embarazos ocurridos en Ecuador en el tiempo, por lo que la cifra fue construida a partir de la cantidad de nacidos vivos, óbitos, y embarazos que terminan en aborto (códigos CIE10: O00-O08). Al distribuir la cifra según la intención de embarazo, encontramos que 110.8K son atendidos en el MSP. La cifra estimada implica la provisión de más de medio millón de consultas de control prenatal y 18.7K casos de complicaciones obstétricas (hemorragia, cesárea de emergencia, parto obstruido, infección de vías urinarias, hipertensión gestacional y sepsis), 16.8K abortos, y 604 óbitos.

Específicamente en adolescentes (de 15 a 19 años) se estima la ocurrencia de 25.4K embarazos no intencionados atendidos en el MSP, que representan 137K consultas prenatales, 398 casos de complicaciones obstétricas,

2.14K abortos y 116 óbitos.

El costo total de la atención del parto con nacido vivo u óbito, del embarazo que termina en aborto, y de complicaciones obstétricas se estimó en 67.8mdd.

Para el grupo de adolescentes, la cifra se estimó en 14.34mdd.

Si se otorgaran métodos de PF para evitar los más de 100K embarazos ocurridos, se requerirían entre 8.6 y 16.6mdd, lo cual representa un ahorro de entre 13 y 25%. El costo de evitar un embarazo no intencionado se estimó entre 78 y 150 dólares, mientras que atenderlo se estimó en 612.

Morbilidad materna prevenible en el MSP

Se contabilizó un total de 1893 casos de morbilidad prevenible (aborto séptico, eclampsia, hemorragia posparto, sepsis puerperal), siendo la hemorragia posparto la más frecuente de ellas.

Fue en la Sierra donde la proporción de casos alcanza su máximo, con 56%; luego, la Costa y la Amazonía ocuparon el 44% restante. Los costos totales de atención se distribuyeron en la misma medida.

Las mujeres más afectadas por complicaciones prevenibles están entre los 15 y los 24 años.

Tres de cada 10 dólares se invierte en la atención a mujeres entre 10 y 19 años.

Complicaciones obstétricas en el MSP

De los más de 40.6K casos de complicaciones obstétricas (de interés para el estudio) contabilizados, 3% ocurrió en mujeres entre 10 y 19 años. La mayor densidad de casos se encontró en el grupo de edad entre 25 y 29 años (prácticamente el 50% de ellos), seguido del grupo entre 30 y 34. Las mismas proporciones se mantuvieron para las estimaciones de costos (cuyo gran total alcanzó los 13.18mdd).

Por tipo de complicación, dos quintas partes de los casos se distribuyeron entre las infecciones de vías urinarias y 'otros' embarazos que terminan en aborto.

Nuevamente la Sierra y la Costa toman preponderancia en la ocurrencia de casos de complicaciones. Guayas, Manabí y Pichincha ocuparon, de manera conjunta, el 48% de casos y costos totales estimados.

Complicaciones de abortos practicados de forma insegura en el MSP

Asumiendo que la práctica del aborto fuera del sistema formal de salud es insegura, y que los códigos que pueden matizar su ocurrencia son tres: O05-O07; se encontró un total de 10.6K casos, de los cuales la complicación más frecuente es el aborto incompleto (presentando más de 9 casos por cada 10, independientemente del grupo de edad).

El costo total por la atención de todas las complicaciones (aborto inseguro, hemorragias, laceración/perforación uterina, sepsis, otras –como embolia) se estimó en 2.25mdd. Guayas, Pichincha, Manabí y el Oro se encontraron como preponderantes en la ocurrencia de casos, ergo, mostraron los máximos en el costo total de la atención.

Atención legal del aborto en el MSP

Nuevamente, asumiendo que las atenciones legales del aborto (en las dos atenuantes señaladas por la ley) están contenidas en el código CIE10: O04, se contabilizó la ocurrencia de 569 casos, principalmente entre los 20 y a 34 años (93%). Los casos entre los 10 y los 19 años, alcanzaron el 3% de importancia relativa.

Los más de 90K dólares invertidos en la atención de estos casos dentro del MSP, ocurrieron en la Costa, donde Los Ríos, Guayas y Manabí representaron más del 80% del total.

(Costos indirectos)

Pérdida por embarazo adolescente

A nivel nacional, se contabilizaron aproximadamente 6.5K adolescentes entre 15 y 19 años que abandonan y no vuelven más a sus estudios, dada la ocurrencia del embarazo. El conjunto formado por las que abandonan en el nivel básico y el nivel medio/bachillerato, alcanzó una suma de 36.8K años de escolaridad perdida. Asumiendo que el nivel superior es el máximo alcanzable en la consecución académica, y estableciendo las pérdidas marginales entre este nivel y los dos inferiores, se estimó una suma de 316.7mdd (descontando con una tasa de 3%).

Pérdida por mortalidad prematura

- a. 183 muertes maternas fueron registradas a nivel nacional, y en el MSP ocurrieron 81 (44% de las defunciones totales), que representan una carga de cuatro mil años de vida perdidos de manera prematura (antes de cumplirse la expectativa de vida).

- b. Los casos de eclampsia, hipertensión gestacional, hemorragia posparto, embarazo que termina en aborto (códigos CIE10: O00-O08), e infección de vías urinarias (todas ellas complicaciones exploradas en el presente estudio), conjuntan el 47% del total de muertes ocurridas en el país, y suman más de 4,329 años de vida perdidos de manera prematura.
- c. Las muertes entre los 20 y los 39 años son las más frecuentes, pues ocurren en el 83.6% de los casos, y representan una carga de 7,727 años de vida perdidos de manera prematura.
- d. Las provincias donde se registró la mayor frecuencia de casos son Guayas y Pichincha (n= 59 y 32, respectivamente). La cuenta de AVP entre estas dos llega a 4,654.

Pérdida por mortalidad prematura prevenible

- a. Al ceñir el análisis a los casos cuya mortalidad fue definida como 'prevenible' (aborto séptico, hemorragia posparto, eclampsia, sepsis puerperal), se encontraron 51 para el país, lo que representa el 28% del total ocurrido. La cifra de años perdidos por mortalidad prematura prevenible alcanza los 2,580.
- b. En el MSP se contabilizaron 19 de las 51 muertes (23%) y casi un millar de años perdidos por mortalidad prevenible (n=986).
- c. Según el grupo de edad, el conteo de muertes tiene dos valores máximos entre las mujeres de 35-39 (n=13) y 25-29 (n= 12). Entre estos dos subconjuntos se acumularon 1,185 años de vida perdidos por mortalidad prematura prevenible, lo que representa el 45% del total para el país.
- d. Solamente 13 de las 24 provincias en el país presentaron casos de muertes prevenibles, siendo Guayas y Pichincha las que alcanzaron la mayor frecuencia de casos (n= 17 y 11, respectivamente) y AVP acumulados (n= 1,412)

En relación al aborto, debido a la inexistencia de una metodología y definición adecuada para el registro de abortos y la tipificación de los mismos en el sistema de salud es imposible determinar un número real de dicho evento. Por tanto estos casos se están registrando bajo diagnósticos y servicios alternativos que obstaculizan la visibilización real de los servicios de aborto y de cuidado post-aborto. Por ejemplo, casos de cuidado post-aborto pueden estar siendo incluidos como hemorragia post-parto.

Por otro lado al registrarse casos como 'aborto incompleto' sin identificar si estos requieren algún tipo de evacuación uterina o no se invisibilizan los casos que son abortos en curso pero no requirieron evacuación; estos casos pueden incluir tanto abortos espontáneos como abortos inducidos fuera del sistema de

salud.

También es importante mencionar que no se está registrando el cuidado post-aborto como tal, y posiblemente se esté registrando con nombres alternativos como hemorragias postparto (entre otros). Ello también esconde los costos reales de la prevención de ENI, sobre todo cuando los casos representan el 63% de embarazos totales.

El promedio de abortos atendidos son en casos de 10 semanas de gestación. Por ello no hay números significativos de casos de aborto de segundo o tercer trimestre, lo que implica que la adherencia al protocolo de aborto médico significaría no solo una reducción de gastos sino también de riesgo para la mujer.

Referencias

163. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar. Nota descriptiva 351. 2016.
164. OMS | Planificación familiar. 2015.
165. MedlinePlus. Problemas de salud durante el embarazo. 2017.
166. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [Internet]. Estados Unidos de América: UNFPA; 2013. (El Estado de la Población Mundial). Available from: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
167. Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrence G. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd. New York: Oxford University Press; 1997.
168. Drummond M, McGuire A. Economic evaluation in health care: merging theory with practice. 1st. New York: Oxford University Press; 2001.
169. Ministerio de Salud Pública. Subcomisión de Prestaciones del SNS. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Quito: MSP; 2010. p. 176.
170. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Tomo I. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social; 2005. 202 p.
171. Mesoamerica P. Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna. Cuernavaca; 2010.
172. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Pagina Web OMS. 2015.
173. Norris A, Besselt D, Steinbrg J, Kavanaugh M, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Heal.* 2011;21(3):S49–54.
174. Åhman E, Dolea C, Shah I. The global burden of unsafe abortion in the year 2000. 2000;1–11. Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod%7B_%7Dabortions.pdf
175. Juarez BF, Singh S. Incidence of Induced Abortion by Age and State , Mexico , 2009 : New Estimates Using a Modified Methodology. 2009;2009. Available from: https://live.guttmacher.org/sites/default/files/article%7B_%7Dfiles/3805812.pdf

176. Koch E, Gatica S, Huerta-zepeda A, Calhoun BC. Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality : A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. 2015;613–23. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/0413/f9147ed28d9200b8932f4ee2180b71385375.pdf>
177. World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internet]. 4th ed. Vol. 2. 2010. 195 p. Available from: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2%-7B_%7Den%7B_%7D2010.pdf
178. World Health Organization. ICD-10 Version:2016 [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en%7B#%7D/O00-O08>
179. Tartaglione A. Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity : A Review Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity :A Review [Internet]. 2010. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/22fd/be66c74fc6674d-1d0814e1a1adaa7a197cd4.pdf%7B#%7Dpage=72>
180. Asamblea Nacional de Ecuador. Código Organico Integral Penal [Internet]. Quito; 2014. Available from: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>
181. Bhalla K, Diez-roux E, Taddia A. The Costs of Road Injuries in Latin America 2013 [Internet]. 2013. Available from: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6011/The>
182. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador [Internet]. [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1%7B#%7D>

Capítulo 3.

Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador

Nicéforo Garnelo Bibiano

Belkis Aracena Genao

Juan Pablo Gutiérrez

René Leyva Flores

Necesidades de inversión y cobertura al 2017

Elementos a destacar

El costo total estimado de satisfacer la cobertura de planificación familiar en Ecuador oscila entre los 44.9 y los 73.7mdd.

Satisfacer la necesidad de métodos de planificación definitivos (generada entre 2014 y 2017) requiere de 14 años para vasectomía y 27 para la ligadura. Ello, bajo condiciones de eficiencia, es decir produciendo al máximo de la capacidad instalada en el MSP de Ecuador.

Es importante estimular la demanda por vasectomía como de anticoncepción definitivo, dado que es 39% más barato que la salpingectomía.

Con la oferta actual de planificación familiar, el costo total estimado de atención de ENI incrementará 8.6% entre 2015 y 2017 (pasando de 67.8 a 73.7mdd).

Introducción

La escasez de recursos en los sistemas de salud del mundo es el factor que limita en mayor medida el acceso a servicios de salud y que impide la soñada cobertura universal (176). Los países de América Latina no son la excepción, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) habitan en la región millones de personas que no cuentan con acceso a servicios para satisfacer sus necesidades de salud (177). Este organismo define el acceso como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios” (177).

Para lograr extender el acceso de manera universal es necesario eliminar las barreras (geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales y de género) que impiden el acercamiento de las personas con necesidad a los servicios de salud. Por otro lado, para lograr extender la cobertura de salud es imprescindible mejorar la capacidad del sistema de salud, es decir incrementar la infraestructura, tiempo de recursos humanos, adecuación de la tecnologías sanitarias (procurando que cumpla con las expectativas de todos los grupos) y de financiamiento. En tal sentido, se requiere contar con mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población, pero, como se planteó al inicio, una de las características de los recursos es que son escasos, y el sector salud no es la excepción (aún a pesar de los incrementos paulatinos ocurridos a partir de 2006 –400mdd, y hasta 2015 –2,517mdd, en términos de mejoras o construcción de infraestructura, adquisición de equipo, talento humano, etc. (178), por lo que, las acciones enfocadas a la oferta de servicios de salud a la población deben contar con estimaciones lo más reales y precisas posibles.

Por ello, en este proyecto, en el que se han estimado los costos atribuibles a la omisión de salud sexual y reproductiva, se incluyeron proyecciones de las estimaciones futuras de la NIPF en distintos niveles de cobertura, así como del costo total de atención a ENI. Su valor consiste en rebasar las fronteras de lo descriptivo de los estudios de costos, que consisten en una medición transversal (lo acontecido en un momento en el tiempo), para predecir los costos futuros de ciertas acciones.

Métodos

Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

El primer caso es la estimación del costo total para satisfacer la NIPF acumulada al año 2017 (iniciando en el año 2014), y el costo adicional en que se incurriría por satisfacer toda la demanda de métodos definitivos de PF durante el período, en cuatro niveles de cobertura posibles:

Los observados al inicio de los cálculos.

Disminución (incrementando la NIPF con gradientes del 5%, hasta llegar al 50%).

Incremento (disminuyendo la NIPF con gradientes del 5%, hasta llegar al 50%).

Incrementando la capacidad del sistema para proveer métodos de PF (con gradientes del 10% hasta doblar la capacidad, es decir, llegar al 200%).

Atención de ENI a 2017

El segundo caso está representado por el costo directo de la atención de ENI, iniciando en el año 2015. Recuérdese que la estimación del costo total de ENI está dado por la fórmula 3.1:

$$CT_{ENI} = \%_{ENI} * ((CU_{CPn} * Q_{CPn}) + (CU_{NV} * Q_{NV}) + (CU_{DF} * Q_{DF}) + (CU_{CObst} * Q_{CObst})) + (CU_{AbIns} * Q_{AbIns})$$

Donde

%_{ENI} El costo total de ENI está afectado por la distribución de embarazos no intencionados ;

Q_{CPn} Cantidad de controles prenatales

Q_{NV} Nacidos vivos

Q_{DF} Defunciones fetales,

Q_{CObst} Complicaciones obstétricas

Q_{AbIns} Abortos inseguros ocurridas durante el período de la proyección; así como por los costos unitarios de las intervenciones (que se asumirán sin variación durante los dos años subsecuentes de proyección, 2016 y 2017).

Así, la proyección se constituyó de dos piezas fundamentales:

Cambio en la distribución de ENI en 2016 y 2017, utilizando el procedimiento descrito por las fórmulas 4 y 5, descritas en el capítulo II.

1. Predicción de los casos de controles prenatales, nacidos vivos, defunciones fetales, complicaciones obstétricas y abortos inseguros durante los años 2016 y 2017. Esto dado que al momento de realizar los cálculos, no existían aún las BD para su extracción directa.

- a. A partir de las BD de nacidos vivos, defunciones fetales y egresos hospitalarios, se crearon tres series temporales que cubrían un espectro de 10 años (2006-2015) (Cuadro.III. 1) y se observaron sus tendencias de crecimiento:

Cuadro.III. 1. Series de tiempo históricas de nacidos vivos, defunciones fetales y egresos hospitalarios. MSP, 2006-2015

Año	Nacidos vivos*	Defunciones Fetales*	Egresos Hospitalarios
2006	105,206	838	79,579
2007	113,815	876	85,326
2008	115,514	791	92,833
2009	123,357	781	91,420
2010	124,849	789	93,839
2011	138,325	755	99,058
2012	139,893	776	102,934
2013	133,921	756	92,315
2014	136,866	764	97,587
2015	146,394	905	101,967

*Se incluyeron todos los casos (oportunos y tardíos) registrados entre 2006 y 2015 para el MSP.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de las BD nacidos vivos, defunciones fetales y egresos hospitalarios

- b. Se verificó el comportamiento lineal de la tendencia en las series de nacidos vivos y egresos hospitalarios, por lo que se proyectaron los nuevos casos (2016, 2017) usando una regresión lineal simple con el tiempo como variable independiente.
- c. Para la serie de defunciones fetales del MSP (Cuadro.III.2) no se verificó una tendencia de este tipo. Entonces, se tabuló la serie histórica para el país:

Cuadro.III.2. Serie histórica de defunciones fetales en Ecuador. 2006-2015

Año	Defunciones Fetales
2006	2248
2007	2151
2008	2006
2009	1916
2010	1815

2011	1672
2012	1717
2013	1643
2014	1613
2015	1829

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir de la BD de defunciones fetales.

- d. Y se verificó la tendencia lineal de los datos. Se obtuvieron proyecciones de los casos de la misma manera que con los nacidos vivos y los egresos hospitalarios (regresión simple con el tiempo como variable independiente).
- e. Se obtuvo la proporción de casos que históricamente se han atendido en el MSP, y se verificó su tendencia (Cuadro.III.3):

Cuadro.III.3. Tendencia en el porcentaje de defunciones fetales atendidas en ES del MSP. 2006-2015

Año	Defunciones Fetales (% para el MSP ¹)
2006	37.3
2007	40.7
2008	39.4
2009	40.8
2010	43.5
2011	45.2
2012	45.2
2013	46.0
2014	47.4
2015	49.5

¹ Respecto de los casos totales atendidos en Ecuador.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

- f. Nuevamente, se encontró que esta tendencia es lineal, por lo que el porcentaje del total de casos esperado para 2016 y 2017 fue proyectado con una regresión lineal simple.
- g. Finalmente, los casos proyectados de defunciones a nivel nacional (inciso d), fueron multiplicados por el porcentaje que se espera ocupe el MSP respecto del total (inciso f).
- h. Se obtuvieron los siguientes parámetros para modificar el modelo y recalcular los costos a 2016 y 2017 (Cuadro.III.4 y Cuadro.III.5:

Cuadro.III.4. Parámetros para la proyección del costo total de atención a ENI. Distribución de la intención de embarazo, por grupo de edad. 2016-17

Año	Grupo de edad	Intención de embarazo (%)			
		Sí	IC95%	No	IC95%
2016	10 a 14	0	-	100	-
	15 a 19	38.5	34.2 - 42.8	61.5	57.2 - 65.8
	20 a 24	24.8	21.2 - 28.4	75.2	71.6 - 78.8
	25 a 29	33.2	28.9 - 37.4	66.8	62.6 - 71.1
	30 a 34	61.8	56.7 - 66.9	38.2	33.1 - 43.3
	35 a 39	25.1	18.8 - 31.4	74.9	68.6 - 81.2
	40 a 44	36.5	23.7 - 49.3	63.5	50.7 - 76.3
	45 a 49	0	-	100	-
2017	10 a 14	0	-	100	-
	15 a 19	38.8	33.5 - 44.1	61.2	55.9 - 66.5
	20 a 24	22.9	18.4 - 27.3	77.1	72.7 - 81.6
	25 a 29	31.5	26.3 - 36.7	68.5	63.3 - 73.7
	30 a 34	63.3	57.0 - 69.5	36.7	30.5 - 43.0
	35 a 39	23	15.4 - 30.6	77	69.4 - 84.6
	40 a 44	34.4	18.9 - 50.0	65.6	50 - 81.1
	45 a 49	0	-	100	-

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Cuadro. III. 5. Parámetros para la proyección del costo total de atención a ENI. Nacidos vivos, egresos hospitalarios, defunciones fetales. MSP, 2016-17

Parámetro	Año			
	2016	IC95%	2017	IC95%
Nacidos vivos	150,720	(119,237 - 152,285)	154,884	(123,562 - 162,643)
Egresos Hospitalarios	104,502	(98,343 - 110,661)	106,469	(99,189 - 113,748)
Defunciones fetales	768	(746- 790)	755	(731 - 780)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M

Resultados

Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

El Cuadro.III.6 presenta las diferentes cohortes calculadas, con los tamaños de población con NIPF según el tipo de método. Se tomó un período de cuatro años (2014-2017) para analizar la posible satisfacción de la necesidad; así, cada columna representa la evolución del tamaño de la población, arrancando desde 2014.

Las poblaciones potencialmente usuarias de métodos definitivos (vasectomía, ligadura) y temporales de larga duración (DIU, implantes subdérmicos) presentan un descenso abrupto entre los años 2014 y 2015 pues se otorgan una vez en la vida los primeros, y se intercambian cada 10 (DIU) o 4 años (implantes); a diferencia de los métodos temporales, que requieren ser entregados de manera recurrente. Esto es, dado que no son acumulativos, los casos potenciales de usuarias de métodos definitivos y temporales de larga duración mostrados en cada columna corresponden solamente a los nuevos casos estimados. Por el contrario, las poblaciones potencialmente usuarias de métodos temporales de uso recurrente sí muestran una tendencia creciente, pues la actualización de la cifra en cada año incluye tanto la población vigente (la estimada para el año anterior), como los nuevos casos estimados (en el año presente).

Cuadro. III.6. Nuevas usuarias que requieren cobertura de métodos de planificación familiar. Ecuador, 2014-2017

Escenario*	Método	2014	2015	2016	2017
1	Vasectomía	650	13	13	13
	Esterilización femenina	78,995	1,571	1,565	1,557
	DIU, espiral o T de cobre	13,434	267	266	265
	Inyección anticonceptiva	48,420	49,383	50,342	51,297
	Implante	41,780	831	828	824
	Pastillas anticonceptivas	35,934	36,649	37,360	38,069
	MELA (Método de la amenorrea de la lactancia materna)	2,528	2,579	2,629	2,679
	Condón masculino	33,731	34,401	35,070	35,735
	Ritmo	22,208	22,650	23,089	23,527
	Retiro	14,963	15,261	15,557	15,852
2	Vasectomía	752	15	15	15
	Esterilización femenina	90,922	1808	1801	1792
	DIU, espiral o T de cobre	15,486	308	307	305
	Inyección anticonceptiva	56,069	57,184	58,294	59,400
	Implante	48,410	963	959	954
	Pastillas anticonceptivas	41,681	42,510	43,336	44,157
	Condón masculino	39,324	40,106	40,885	41,660

3	Esterilización masculina	1,348	27	27	27
	Esterilización femenina	47,309	941	937	933
	Implante	80,062	1,592	1,586	1,578
	Inyección anticonceptiva	65,590	66,894	68,194	69,487
	Pastillas anticonceptivas	48,436	49,399	50,358	51,313
	DIU	25,406	505	503	501
	Píldora de emergencia	1,690	1,724	1,758	1,791
	Condón	15,200	15,502	15,804	16,103
	Métodos vaginales	151	154	157	160
	Retiro	892	909	927	945
	Ritmo, calendario	6,558	6,688	6,818	6,948
4	Esterilización masculina	1,384	28	27	27
	Esterilización femenina	48,389	962	958	954
	Implante	82,162	1,634	1,627	1,620
	Inyección anticonceptiva	67,379	68,719	70,053	71,382
	Pastillas anticonceptivas	49,865	50,857	51,844	52,827
	DIU	26,052	518	516	514
	Píldora de emergencia	1,743	1,778	1,812	1,846
	Condón	15,670	15,981	16,292	16,601
5	Esterilización masculina	1,137	32	32	32
	Esterilización femenina	152,208	4,322	4,365	4,429
	DIU	28,363	681	686	691
	Inyección anticonceptiva	65,038	66,559	68,088	69,620
	Implante	41,158	914	917	918
	Pastillas anticonceptivas	65,088	66,593	68,102	69,613
	MELA	5,320	5,442	5,565	5,688
	Métodos vaginales	1,316	1,347	1,379	1,410
	Condón femenino	1,006	1,032	1,059	1,085
	Condón masculino	37,675	38,569	39,467	40,368
	Ritmo	35,407	36,313	37,226	38,147
	Retiro	33,969	34,783	35,601	36,423

6	Esterilización masculina	1,340	37	38	38
	Esterilización femenina	177,827	5,038	5,088	5,160
	DIU	34,187	819	824	830
	Inyección anticonceptiva	78,885	80,726	82,575	84,429
	Implante	50,258	1,115	1,119	1,120
	Pastillas anticonceptivas	78,525	80,338	82,156	83,978
	Condón femenino	1,199	1,229	1,261	1,293
	Condón masculino	45,466	46,541	47,621	48,706
7	Esterilización masculina	4,667	131	131	132
	Esterilización femenina	56,405	1,503	1,513	1,521
	Implante	106,923	2,547	2,562	2,571
	Inyección anticonceptiva	113,260	116,052	118,862	121,687
	Pastillas anticonceptivas	83,284	85,359	87,444	89,548
	DIU	48,052	1,285	1,299	1,325
	Pildora de emergencia	3,151	3,221	3,292	3,363
	Condón masculino	29,191	29,928	30,670	31,417
	Métodos vaginales	70	72	73	75
	Retiro	1,590	1,633	1,678	1,724
	Ritmo, calendario	21,092	21,677	22,267	22,863
8	Esterilización masculina	4,972	140	140	141
	Esterilización femenina	60,508	1,622	1,633	1,643
	Implante	111,497	2,669	2,685	2,694
	Inyección anticonceptiva	118,976	121,925	124,894	127,879
	Pastillas anticonceptivas	87,101	89,279	91,468	93,677
	DIU	50,558	1,356	1,372	1,399
	Pildora de emergencia	3,240	3,312	3,385	3,458
	Condón	30,833	31,616	32,403	33,198

* Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

De seguir los niveles de cobertura actual de métodos de PF, se espera que el costo total en cada escenario se comporte de acuerdo a lo mostrado en el

Cuadro. III.7. Recuérdese que el total se calcula en función de la provisión de consultas iniciales y subsecuentes, así como de la cantidad de métodos entregados. Dependiendo del escenario, se estima que se requeriría un total entre 44.8 y 73.7mdd para satisfacer la necesidad de métodos de PF. El costo total se distribuiría de manera equitativa entre cada año de seguimiento a las poblaciones, ocupando en cada caso la cuarta parte del total, y observando un crecimiento paulatino (Figura.III.1).

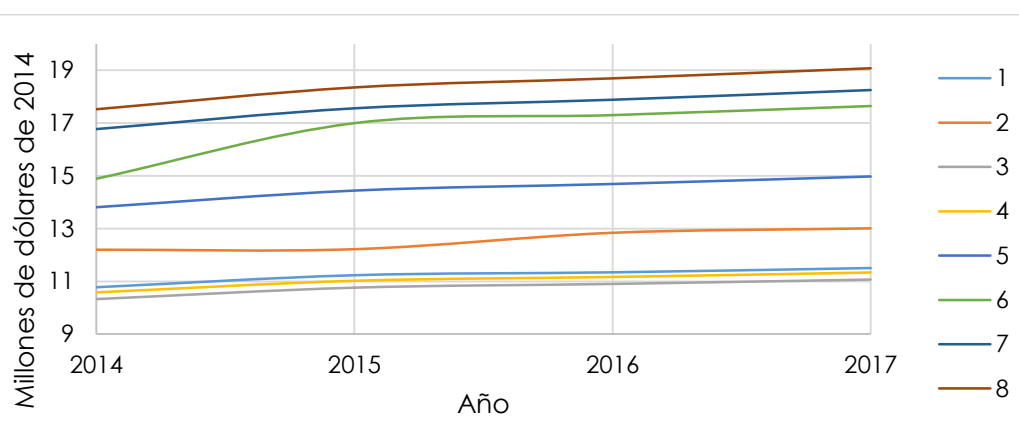
Cuadro. III.7. Escenarios diferentes del costo total para satisfacer la necesidad de métodos de PF, sin variar la cobertura observada actualmente. Millones de dólares estadounidenses de 2014

Escenario*	2014	2015	2016	2017	Total
1	10.8	11.2	11.3	11.5	44.85
2	12.2	12.2	12.8	13.0	50.3
3	10.3	10.8	10.9	11.1	43.1
4	10.6	11.0	11.2	11.3	44.1
5	13.8	14.4	14.7	15.0	57.9
6	14.9	17.0	17.3	17.6	66.8
7	16.8	17.6	17.9	18.3	70.5
8	17.5	18.4	18.7	19.1	73.7

* Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de proyecciones de costos de NIPF

Figura. III.1. Comportamiento esperado del costo total de satisfacción de la necesidad de métodos de PF, sin variaciones en la cobertura observada actualmente



1) Escenario calculado usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales;

5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de proyecciones de costos de NIPF

Las cifras totales, mostradas en el Cuadro.III.7, no consideran la cobertura al 100% de la demanda insatisfecha de métodos definitivos de PF (pues el sistema tiene una capacidad máxima anual de provisión de estos métodos que la demanda potencial sobrepasa en distintas magnitudes). Por lo tanto, y según el escenario de estimación, se presentaría un rezago de cobertura (Cuadro. III.8) que iría hasta el 78% en caso de las vasectomías, y al 87% en el caso de las ligaduras. Subsananar estos rezagos implicaría una inversión adicional hasta los 0.77mdd para vasectomías, y los 43mdd para ligaduras. De asumirse la meta de cobertura universal de métodos¹² de PF, incluyendo la de métodos definitivos, se requerirían entre 59.9 y 110mdd.

La cifra contempla solamente la provisión de los métodos, y no los arreglos al interior del sistema para hacer frente a la demanda (e.g. no se considera el incremento en infraestructura o en la plantilla de profesionales de la salud proveedores de la atención).

Cuadro.III.8. Monto adicional requerido para satisfacer la NIPF a 2017, dada la capacidad actual del sistema para proveer métodos definitivos. Millones de dólares de 2014

Es-cena-rio ¹	Usuarías estima-das		Cobertura total alcan-zable a 2017 (% ²)		Rezago ³		Años para cubrir el rezago ⁴		Monto adi-cional para cubrir el re-zago		Monto total para cubrir la NIPF ⁵
	Vas.	Lig.	Vas.	Lig.	Vas.	Lig.	Vas.	Lig.	Vas.	Lig.	
1	688	83,688	688 (100)	24,812 (30)	0	58,876	0	9	-	15.0	59.9
2	797	96,323	797 (100)	24,812 (26)	0	71,511	0	12	-	18.3	68.6
3	1,428	50,120	1,208 (85)	24,812 (50)	220	25,308	1	4	0.04	6.5	49.6
4	1,466	51,264	1,208 (82)	24,812 (48)	258	26,452	1	4	0.05	6.8	50.9
5	1,233	165,325	1,208 (98)	24,812 (15)	25	140,513	0	23	0.005	36	93.9
6	1,453	193,113	1,208 (83)	24,812 (13)	245	168,301	1	27	0.05	43	109.9
7	5,061	60,942	1,208 (24)	24,812 (41)	3,853	36,130	13	6	0.71	9.2	80.4
8	5,393	65,406	1,208 (22)	24,812 (38)	4,185	40,594	14	7	0.77	10.4	84.8

¹Escenarios: 1) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales.

²Cociente de la cobertura alcanzable (total) entre las usuarias estimadas

¹² Capacidad máxima anual de provisión de métodos definitivos: 302 vasectomías y 6203 ligaduras.

³ Diferencia de la columna 'Usuarías estimadas' y 'Cobertura total alcanzable a 2017'

⁴ Cociente entre la columna 'Rezago' y el máximo de vasectomías (302) o ligaduras (6203), según sea el caso.

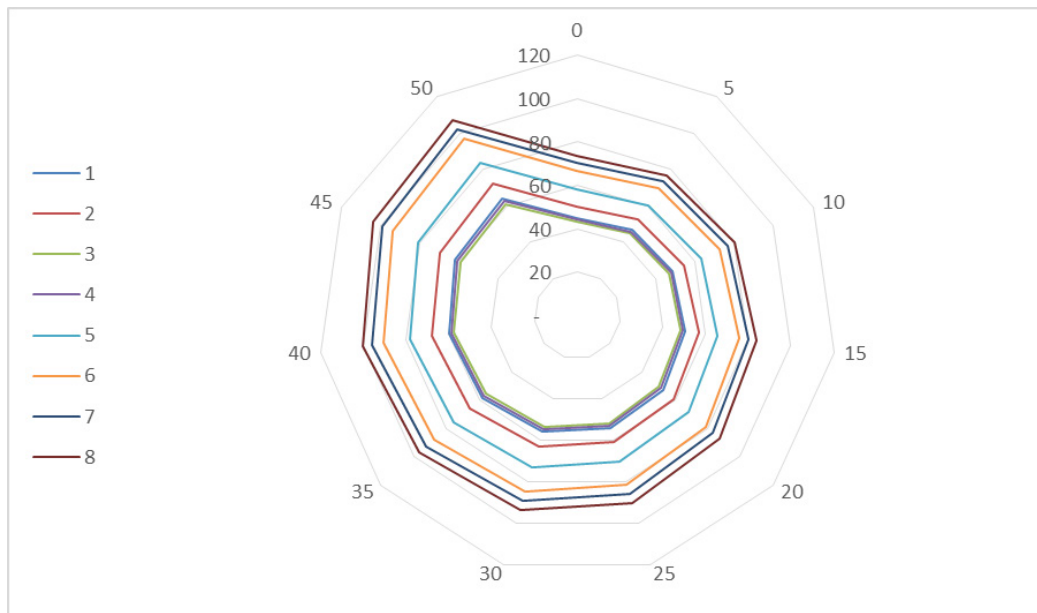
⁵ Suma de los resultados totales del Cuadro 72 con los de la columna 'Monto adicional para cubrir el rezago'

Notas: Vas.: Vasectomía; Lig.: Ligadura

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de proyecciones de costos de NIPF

Como es de esperarse, si la cobertura de métodos disminuyera (i.e. incrementa la NIPF), se observaría un crecimiento en los costos totales cuyo rango estaría entre los 44.8 y 107mdd, considerando la capacidad actual del sistema para otorgar métodos definitivos de PF. Figura.III.2.

Figura.III.2. Crecimiento del costo total para cada escenario, dada la disminución de cobertura de métodos de PF



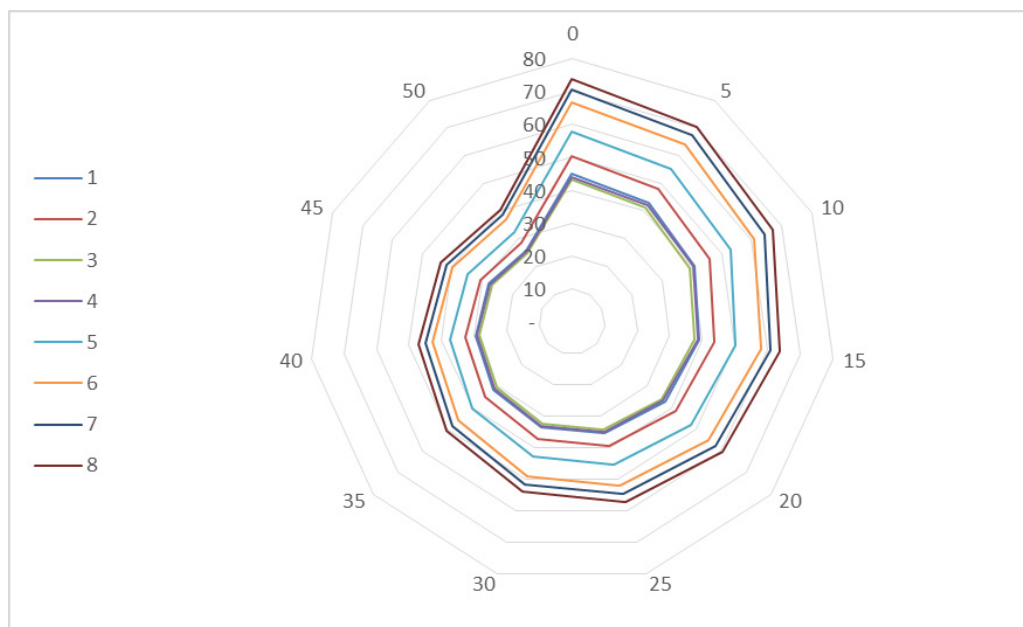
1) Escenario calculado usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. Nota: Al exterior de la figura se muestran los gradientes, que son del 5%; al interior, y acomodado vertical, el nivel del costo total.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de proyecciones de costos de NIPF

Y, por el contrario, si mejora la cobertura (i.e. disminuye la NIPF), se observaría una tendencia contraria a la de la figura anterior en el costo total para saldar la necesidad de métodos de PF. Bajo este pensamiento, si se mejora la cobertura en un 50%, el costo total observado estaría entre los 24.9 y 73.6mdd,

considerando la capacidad actual del sistema para otorgar métodos definitivos de PF. Figura.III.3.

Figura.III.3. Decremento del costo total para cada escenario, dado el aumento de cobertura de métodos de PF

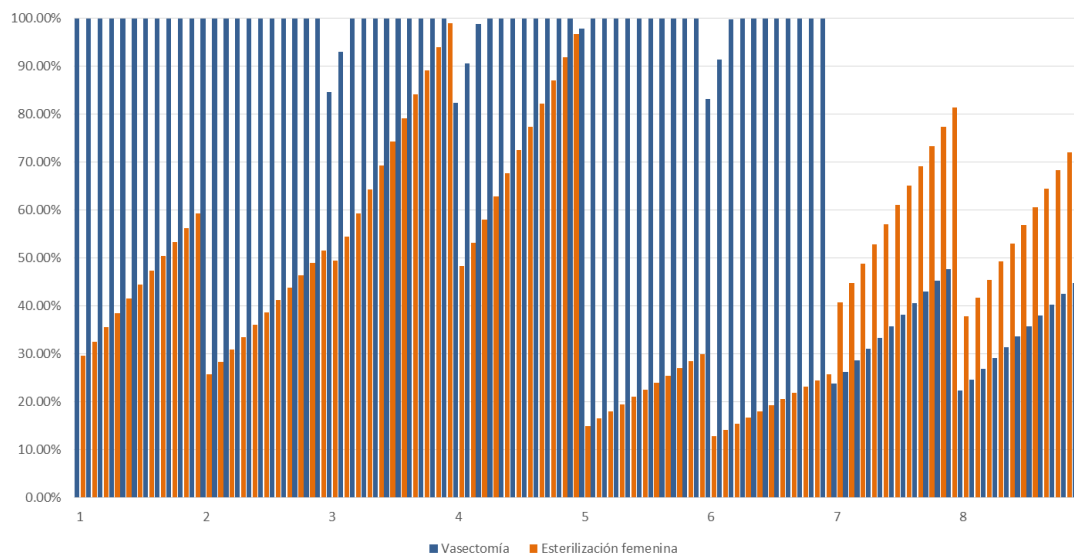


1) Escenario calculado usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales. Nota: Al exterior de la figura se muestran los gradientes, que son del 5%; al interior, y acomodo vertical, el nivel del costo total.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

La Figura.III.4 muestra el porcentaje de demanda satisfecha en métodos definitivos (vasectomía, color azul; ligadura, color naranja) dado un incremento gradual en su provisión (gradiente de 10%, representado por cada barra), hasta duplicar la capacidad actual del sistema. De duplicarse la capacidad, se podría aspirar a satisfacer la necesidad de vasectomías (el 100% de los casos estimados) durante el período de análisis (2014-17) bajo los escenarios 1 a 6. En el caso de las ligaduras, se podría esperar una satisfacción del 99 y 96% del total de la demanda bajo los escenarios 3 y 4, respectivamente; y del 81% a 76% para los escenarios 7 y 8, respectivamente.

Figura.III.4. Cobertura alcanzable de métodos definitivos, al incrementarse desde el nivel actual al doble la capacidad del sistema para su provisión



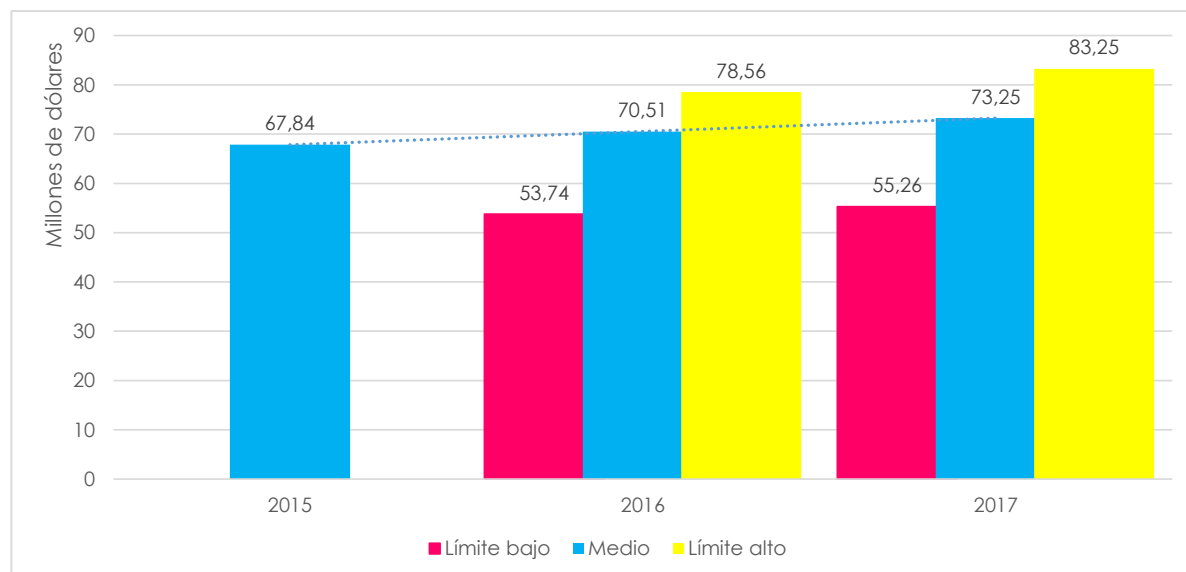
1) Escenario calculado usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 2) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 3) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 4) Usando el dato oficial de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 5) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 6) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el reporte de uso de métodos, excluyendo los tradicionales; 7) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, incluyendo los tradicionales; 8) Usando el cálculo propio de NIA, y la distribución según el deseo de uso de métodos, excluyendo los tradicionales.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Atención de ENI a 2017

En el caso del costo total de ENI, y de persistir las tendencias de crecimiento observadas para los nacidos vivos, defunciones fetales, y complicaciones obstétricas (incluyendo los abortos), se observarían incrementos del 4% y 8% en el costo total por su atención en establecimientos de salud del MSP, considerando el escenario con los valores medios. Así, el costo total incrementaría desde 67.8mdd (en el año 2015) a 70.5mdd en 2016, y 73.2mdd en 2017. Figura. III.5.

Figura.III.5. Evolución del costo total en la atención a ENI. MSP, 2015-17



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

La atención del embarazo (compuesta por la atención prenatal y del parto), sería el componente más costoso del total en cualquier escenario, seguido de la atención de egresos hospitalarios obstétricos y de complicaciones derivadas de la práctica del aborto inseguro. Cuadro. III.9.

Cuadro. III.9. Costos totales proyectados a 2017, según componente de la atención a embarazos no intencionados (ENI). MSP, 2015-2017. Millones de dólares de 2014

Rubro	Costo total						
	2015	2016			2017		
		Mín.	Medio	Máx.	Mín.	Medio	Máx.
Atención del embarazo no intencionado	57.15	43.86	59.52	66.38	45.34	61.97	70.51
Controles prenatales	29.6	22.7	30.8	34.4	23.5	32.1	36.5
Partos	27.6	21.2	28.7	32.0	21.9	29.9	34.0
Vaginales	15.7	12.1	16.4	18.2	12.5	17.0	19.3
Cesáreas	11.9	9.1	12.3	13.8	9.4	12.9	14.7
Parto con óbito	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5
Egresos hospitalarios obstétricos	8.0	7.2	8.3	9.5	7.3	8.6	10.0
Complicaciones de abortos inseguros	2.3	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
Total	67.8	53.7	70.5	78.6	55.3	73.2	83.2

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Conclusiones y recomendaciones

Proyección de NIPF al 2017

Con los actuales niveles de producción (año 2015) de métodos anticonceptivos definitivos (vasectomías, ligaduras) no es posible satisfacer la demanda esperada en el año de interés (2017). Considerando las vasectomías realizadas en 2013 (302) y las ligaduras en 2012 (6,203) como las cantidades máximas anuales de producción, se cubriría entre el 22 y el 100% de las vasectomías y entre 13 y 50% del total de ligaduras requeridas. Es decir, el MSP cuenta con capacidad para satisfacer la totalidad de la demanda por vasectomías, pero solo tiene capacidad para atender la mitad de la necesidad de ligaduras, en el mejor escenario. En términos monetarios, alcanzar los niveles de cobertura planteados equivale a un costo total anual que oscila entre los 44.9 y los 73.7mdd. Adicionalmente, universalizar la cobertura de vasectomías y ligaduras requeriría una inversión total adicional de hasta 43mdd (considerando solamente la atención intrahospitalaria de las y los pacientes).

La cantidad máxima de vasectomías realizadas, sin embargo, no denota una baja capacidad instalada, y podría más bien ser explicada por una escasa demanda de este tipo de métodos. Por ello sería recomendable implementar mecanismos que contribuyan a incrementar su uso; pero sobre todo porque resultaría eficiente estimular la utilización de ésta como método anticonceptivo definitivo en lugar de la ligadura, dado que es 39% menos costosa (179.79 dólares versus 249.82 de la ligadura) y de que podría evitar más embarazos ("3 aproximadamente"). Adicionalmente, representaría una estrategia con enfoque de género, dado que modificaría el tradicional esquema que responsabiliza a las mujeres de la prevención de embarazos. Ello implicaría el diseño de estrategias dirigidas a incrementar la confianza, reducir los mitos y estigma en torno al método, para lo cual podría recurrirse a mecanismos de incentivo de probada efectividad en el cambio de comportamientos y que contribuirían indudablemente a inducir la demanda por vasectomías.

Incrementar el máximo número de métodos definitivos otorgado, implica además de la promoción de la salud, inversiones en la capacidad instalada del MSP. Ello adicional al costo de operación que duplicar el número de ligaduras y vasectomías representa, estimado entre 51.6 y 80.7mdd. Al respecto, es importante resaltar que aún con el 200% de incremento, no se alcanzaría a cubrir la totalidad de la necesidad de métodos definitivos. Hacerlo impli-

caría de 60 a 110mdd, suma subestimada puesto que no considera el necesario incremento en la plantilla de profesionales de la salud para realizar las cirugías, ni la adquisición de los bienes de capital requeridos para soportar la demanda, que representan costos fijos.

Proyección del costo total de atención a ENI en el MSP

Se espera un incremento en el costo total a 2017 para la atención de ENI (desde 67.8 a 73.2mdd en 2017), modulado fuertemente por la tendencia incremental que sigue la ocurrencia de nacidos vivos, complicaciones obstétricas y el mismo reporte de ENI ajustado a partir de las encuestas. A pesar de que la tendencia en la ocurrencia de defunciones fetales se comporta ligeramente a la baja (su decremento es paulatino), los casos no pueden ser moduladores del comportamiento del costo total, pues su ocurrencia se sitúa dos órdenes de magnitud por debajo de las complicaciones obstétricas y los nacidos vivos.

Referencias

176. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010.
177. OPS OMS. Estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, DC;
178. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. El gobierno del Ecuador ha invertido 13.500 millones de dólares en salud durante sus 9 años. 2016 Apr 8; Available from: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/gobierno-ecuador-invertido-13500-millones-dolares-salud-durante-sus-9-años.html>

Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador

Discusión y recomendaciones generales para una agenda a corto y mediano plazo

Belkis Aracena Genao

René Leyva Flores

Nicéforo Garnelo Bibiano

Evidencia en políticas públicas

El análisis de la literatura científica realizada para este estudio, se enfocó en la identificación de evidencia sobre los mecanismos y magnitud de la relación entre las políticas para la reducción de la pobreza (que buscan incidir sobre determinantes sociales) y sus efectos en la SSySR. Los resultados mostraron relaciones en diferentes niveles de complejidad social y situaciones de salud, y también contribuyeron a identificar perfiles de política pública aplicados a la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con los resultados, los perfiles de política pública relacionados con pobreza y salud sexual y reproductiva se caracterizan por un enfoque: en los derechos humanos; los derechos sexuales y reproductivos; la atención a las desigualdades sociales, en especial las de acceso a los servicios de SSySR; con una perspectiva de género (que contribuye a definir los roles y expectativas sociales para hombres y mujeres), en un marco general de interculturalidad que reconoce las diferencias en las concepciones socioculturales relacionadas con el proceso de salud-enfermedad, atención a la salud, sexualidad y reproducción (157). En general los países de América Latina se han adherido, en el plano formal, a los acuerdos signados a nivel global. Sin embargo, la implementación de las políticas a nivel nacional presenta matices que distan de los postulados consensuados. Esta brecha entre la declaración formal y los procesos de implementación, se encuentra condicionada por distintos factores, entre los que resaltan las presiones políticas, condiciones económicas, representación de intereses socioculturales, entre otros, que actúan como obstáculos o facilitadores de la implementación basada en derechos (158,159).

A nivel regional, el análisis sobre políticas para reducción de pobreza y

las enfocadas en el mejoramiento de la SSySR, mostró resultados de diferentes niveles de complejidad social y efectos en salud. De primera instancia, se observó una relación negativa entre el porcentaje de población en pobreza y la razón de mortalidad materna (por citar uno de los indicadores de SSySR). Así, los países con mayor proporción de población en pobreza reportan mayor razón de mortalidad materna. En el grupo de países con condición socioeconómica intermedia, se observó un escenario heterogéneo entre pobreza y mortalidad materna (91): mientras que El Salvador exhibió una situación media tanto en pobreza como en la razón de mortalidad materna, en países como República Dominicana, Perú y Paraguay, se encontró una situación media de pobreza y muy alta razón de mortalidad materna (91).

Se observó que en países con baja proporción de su población en situación de pobreza, las políticas públicas están mayormente enfocadas en temas de ejercicio de derechos. En tal sentido, la bibliografía revisada no aporta evidencia suficiente sobre políticas enfocadas en la reducción de la pobreza y sus efectos en salud, especialmente en SSySR. Pareciera que en estas sociedades, con mejores condiciones de bienestar (menor proporción de la población en pobreza), podrían contar con mejores condiciones de SSySR. No obstante, también se observó situaciones de sociedades que presentan alta proporción de población en pobreza y cuentan con situación de salud sexual y reproductiva aceptable; es el caso de México, Nicaragua y Ecuador. Este comportamiento podría atribuirse a la acción de programas focalizados para facilitar el acceso a los servicios de SSySR. Por el contrario, programas que buscan el cambio de comportamiento de la vida sexual a través de información o de fortalecimiento familiar, sobre todo en adolescentes, pueden tener efectos negativos en la SSySR de las adolescentes, tal como se observó en Colombia (19). Esto último requiere ser analizado en términos temporales para conocer los efectos a mediano y largo plazo de las políticas públicas y su efecto observado a nivel poblacional.

El segundo nivel de análisis de políticas públicas sobre pobreza y mejora esperada en la SSySR, dio cuenta de la existencia de escenarios altamente complejos, que dificultaron su interpretación. Se identificaron políticas públicas focalizadas en el mejoramiento de los indicadores de pobreza o de SSySR, cuya existencia está caracterizada por un significativo paralelismo, que limita la vinculación entre las acciones y el logro de los resultados. Este es el caso de Ecuador, donde las políticas destinadas a la reducción de la pobreza (a través de diferentes programas de desarrollo económico), contempladas en el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), se desarrollaban en paralelo con las acciones de planificación familiar, por citar un ejemplo, la ENIPLA. Ello resulta interesante si se considera que tanto para el PNBV como para la ENIPLA, el sujeto de acción era la preven-

ción de la mortalidad materna; en el PNBV de manera específica y en la ENIPLA, mediante la prevención del principal factor de riesgo de muerte materna, el embarazo (156,160).

Las políticas para la erradicación de la pobreza y el mejoramiento de los indicadores de SSySR implementadas en Ecuador, asemejan a las de otros países, pues están basadas en: apoyos directos para la alimentación, asignaciones monetarias y acceso a servicios de salud y educación. Sin embargo, como en prácticamente todos los países, los determinantes históricos, socioculturales y económicos generan diferencias en sus alcances, relacionadas en ocasiones con sus contenidos y sus estrategias de ejecución.

Los análisis de largo tiempo se dificultan debido al recambio y movilidad de los tomadores de decisiones (ministros de salud, directivos de programas y de servicios), lo que frecuentemente conlleva a cambios o ajustes en las políticas y programas; esta es una situación que prevalece en la generalidad de países de América Latina. Ello impide contar con escenarios estables que permitan la realización de evaluaciones de impacto. Al respecto, en Ecuador se pueden citar los múltiples cambios de funcionarios de dependencias gubernamentales de salud, por ejemplo, en el lapso de los dos años de desarrollo de este estudio, se observó el cambio de la Ministra de Salud, Viceministros y directivos del área de SSySR. En este marco de movilidad, la ENIPLA, que aunque no es la única acción de salud sexual y reproductiva, resulta emblemática por su diseño y radio de acción, fue transferida a un ámbito de decisiones presidencial, con el consecuente cambio de directivo y con modificaciones paradigmáticas en el enfoque de la política pública (120,160).

Desigualdades en salud sexual y reproductiva en Ecuador

Dada la complejidad del concepto de pobreza y los indicadores utilizados para su medición, la relación entre ésta y la SSySR se modifica a partir de otros determinantes como nivel educativo, acceso a información, toma de decisiones, acceso a recursos, género, etnia, clase social, disponibilidad de vías y medios de transporte, oportunidad y calidad de los servicios de salud, entre otros. El análisis a partir de los determinantes sociales requiere de datos complejos y costosos, difíciles de obtener e integrar en los sistemas de información gubernamentales, frecuentemente organizados por sectores. Este, al igual que otros países de América Latina, es el caso de Ecuador, donde los sistemas de información se encuentran segmentados para cada sector social o económico. Aunque, es de destacar la existencia en el país de un área de inteligencia analítica representa-

da por SENPLADES, donde se trabaja en dar coherencia, consistencia y unidad a la información generada por los diferentes sectores de gobierno, lo cual ha contribuido a comprender mejor el valor de las políticas públicas en la sociedad ecuatoriana. La información socioeconómica y de SSySR disponible y analizada a nivel de las distintas regiones y provincias de Ecuador, fue integrada con el apoyo de SENPLADES, el MSP y el INEC. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos el nivel de agregación impide la profundización del análisis.

El análisis sobre desigualdades en salud muestra un escenario de heterogeneidad a nivel país. De forma general, los datos analizados expresan que las condiciones generales de SSySR y de pobreza, entre 2009 y 2015, han mejorado, es el caso de la tasa de fecundidad en adolescentes, que reporta una disminución general en el país y una reducción de la brecha asociada con la pobreza, la cual pasa (considerando la pobreza multidimensional) de una brecha absoluta (diferencia entre las provincias con menor pobreza y las provincias con mayor pobreza) de 33.87 puntos porcentuales a 7.61 puntos porcentuales; otros indicadores denotan la persistencia de retos nodales, como la mortalidad materna, para la cual la brecha se incrementó al pasar de 39.30 puntos porcentuales a 46.7 puntos porcentuales.

Las observaciones identificadas corresponden a resultados que tienen que ser interpretados no como una consecuencia directa de la acción de la política pública, exclusivamente, sino también por las propias condiciones socioculturales de los grupos de población. De forma que, es posible que nuevos análisis o estudios que utilicen información más desagregada, puedan identificar variaciones o diferencias al interior de una región o provincia. Asimismo, es importante diferenciar las características de los indicadores, algunos de los cuales podrían ser más sensibles a cambios a nivel del acceso y calidad de los servicios de salud (nacimientos por cesárea, partos atendidos en casa y nacidos vivos con bajo peso) mientras que otros dependen más de la condición contextual, sociocultural y económica, en que vive y se relaciona la población (fecundidad en adolescentes, aborto y sus complicaciones).

Magnitud del costo de omisión en salud sexual y reproductiva

El análisis de las bases de datos del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), da cuenta de una reducción de 30.6% en el número de usuarias iniciales por métodos anticonceptivos, lo que podría ser considerado como un indicador de baja capacidad de atracción de nuevas usuarias, y podría atribuirse a cambios en la oferta de servicios (menos servicios, menor calidad de la atención, menor promoción, etc.) que se compensa con una menor demanda.

La reducción de las consultas de primera vez, en más de 30%, constituye uno de los primeros hallazgos de la investigación relacionados con la omisión en la provisión de servicios de SSySR. Este hecho, importante por sí mismo, lo es más si se toma en consideración que el grupo más afectado es el de mujeres de 19 años o menos, con un decremento de 46.5%.

En estas condiciones se puede plantear que el sistema de salud redujo su capacidad para atraer a las adolescentes a los servicios de planificación familiar. Esto podría estar relacionado con el número de embarazos en adolescentes registrados en el país -de acuerdo al INEC, 2012- 122,301 adolescentes son madres, 3.4% de las mujeres entre 12 y 19 años tienen al menos un hijo- (161). Este escenario de oferta-demanda representa un contexto propicio para la ocurrencia de embarazos no deseados, relacionados con la falta de acceso a servicios de planificación familiar. En tal sentido, es imprescindible dar continuidad a análisis que permitan observar cambios a lo largo del tiempo, como instrumento para el monitoreo de la política pública.

El direccionamiento político de las decisiones adoptadas debe considerar como principal referencia la evidencia científica y no únicamente basarse en valores sociales, culturales o religiosos de manera que se deba optimizar el cumplimiento de metas y con ello alcanzar los objetivos de la política pública.

La posición adoptada en Ecuador con el Plan Familia, se aleja de la evidencia científica, y retoma los valores sociales como un punto de referencia para justificar el cambio de una política pública que aún no mostraba resultados. Propone a la “familia como el eje para afianzar la orientación y seguridad de los hijos” y desconoce el rol de los servicios de salud como la respuesta social para la resolución de las necesidades de salud.

La evidencia muestra que países como Holanda, con programas de educación sexual que inician a edades muy tempranas (4 años de edad) (162) y una ley que permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación, registra una de las tasas más baja de abortos (8.43 por 1,000 mujeres entre 15 y 44 años) (163). Además, en este país, 97% de las mujeres de 15 años y 92.4% de los hombres de esta misma edad utilizan algún método anticonceptivo (162) y la tasa de fecundidad es de solo 4 por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años.

El documento del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (164), denota una carga importante de estigmatización hacia la sexualidad, lo que podría contribuir a la violación de los derechos sexuales que han sido internacionalmente reconocidos y signados por los países, entre ellos Ecuador (41,45,165).

“El Ecuador, como la mayoría de países de occidente, ha venido

entrando en una fuerte cultura inmediatista, dejando de lado todas las dimensiones del ser humano, enfocada en mensajes dialogados de la sexualidad, que hacen énfasis en difundir el hedonismo a través del “sexo seguro”, proclamando un aparente respeto por el otro, promocionando el uso indiscriminado de anticonceptivos y preservativos a cualquier edad - incluidos niños y niñas - sin tomar en cuenta las consecuencias psico-afectivas, biológicas y sociales... (120). En el Ecuador [...] casi 6 de cada 10 mujeres entre 15 y 24 años de edad ya tuvieron alguna experiencia sexual, siendo la mayor parte premarital [...].”(164)

Este fragmento, extraído del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, es una muestra de la distancia de la perspectiva gubernamental respecto a los acuerdos internacionales para la formulación de políticas públicas basadas en promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos (46).

Estos planteamientos también divergen del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, política 3.5 del objetivo 3, donde se señala que el gobierno debe “Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.”

Adicionalmente, la edad de inicio de la educación sexual contemplada en el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia excede las recomendadas en los países con mejores indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes (162). A esto se suma, el carácter prohibitivo del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, respecto a la edad para el inicio de la vida sexual, el argumento contenido en el numeral 2 del Art. 95 del Código Civil, estipula que la edad del matrimonio es a partir de los 18 años.

¿Cuáles son los escenarios esperados sobre la SSySR, especialmente respecto al embarazo en adolescentes, en este contexto marcado por la actual política pública en Ecuador?

Dado que dicha política se aparta de la evidencia científica sobre los procedimientos efectivos para la promoción de la SSySR, se podrían esperar efectos contrarios a los propuestos por la propia política; esto es, incremento del número de embarazos y de abortos realizados de forma insegura, en un marco de clandestinidad y criminalización. Las prohibiciones del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos no contribuyen a prevenir el embarazo en

adolescentes (162,166).

En relación a la etnia, los resultados del estudio asemejan a lo reportado por otros investigadores, los grupos minoritarios hacen un menor uso de los servicios de salud en general (66), y en el caso de las consultas de planificación familiar, de acuerdo a lo reportado por el RDACAA, más de 85% del total provisto entre 2013 y 2015, se otorgó a las que se autodefinieron como mestizas. Las indígenas mantuvieron en el periodo el 5.9% del total, ligeramente por debajo de su representación proporcional en la población general (7%); sin embargo, en el caso de las afroecuatorianas (7.2% de la población total) se observó una reducción en la utilización (de por sí escasa) que pasó de 1.7% en 2013 a 1.1% en 2015. Estos grupos de población presentan las tasas más altas de fecundidad comprada con las demás mujeres ecuatorianas (167). Esta población requiere de una especial atención para reducir las barreras de acceso a la atención de servicios de salud identificados en análisis previos (168).

En lo que respecta a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, los sistemas de información y las prácticas identificadas en diferentes unidades hospitalarias durante el trabajo de campo, muestran una importante debilidad en el enfoque de género para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. El reporte de vasectomías es prácticamente inexistente, y desde la perspectiva de la mayoría de los proveedores de servicios consultados resulta “impensable ofrecer un servicio que no utilizarían ellos mismos”. Ello evidencia una estructura y funcionalidad del programa enfocado a las mujeres y carente por completo de una oferta formal de anticoncepción masculina.

Un elemento relevante está representado por el cumplimiento de la Norma de la atención prenatal, respecto al número de consultas requeridas durante el embarazo (6.2 consultas observadas/ 5 consultas mínimas indicadas en la Norma). De acuerdo a ello, una de las externalidades positivas en salud es la reducción del bajo peso al nacer y la detección oportuna de riesgo que favorecen la atención del parto. Sin embargo, se observó una alta proporción de nacimientos vía cesárea (35% de los nacidos vivos), lo que tiene consecuencias en el costo de atención debido al costo unitario de la cesárea, superior al del parto en 20%. También se observó que en todas las provincias incrementó la proporción de nacimientos con bajo peso al nacer; este incremento fue mayor en las provincias del quintil I y II, que son las que registran mayor proporción de población en pobreza. Otro riesgo observado posiblemente asociado a la baja calidad de atención prenatal está representado por la alta frecuencia de trastornos hipertensivos como parte de las complicaciones obstétricas (18%) en los

hospitales, pero también como parte de las causas de muerte materna más frecuentes (tercera causa en 2014, según INEC). En estas condiciones, se requiere evaluar de mejor manera la función de la atención prenatal en la detección y atención oportuna y efectiva de los riesgos prenatales.

Por otra parte, en relación a la atención del aborto y su principal complicación (aborto incompleto), los resultados mostraron que la técnica más frecuente de evacuación uterina es LUI (51% de los casos), a pesar de que casi 70% de las mujeres presentaban embarazos de 12 o menos semanas. Del total de atendidas con LUI, 40.4% tenía menos de 12 semanas de gestación. Esta práctica contrasta con lo indicado en la Guía de práctica clínica de servicios de aborto del 2013, lo cual muestra la poca adherencia de los servicios de salud al protocolo de servicios de atención de aborto.

Además, se identificaron situaciones que sugieren posible subregistro de aborto. No existe un registro oficial de aborto seguro e inseguro; los escasos registros corresponden a atención hospitalaria, vía egresos hospitalarios. La atención ambulatoria de abortos no se encuentra incluida en los reportes oficiales (RDA-CAA). Finalmente, hay una importante distancia entre lo reportado por el MSP que corresponde aproximadamente al 50% de las estimaciones utilizando las metodologías internacionales sugeridas para corregir el subregistro (151). Esto conduce a una subestimación de los costos obtenidos en este estudio. Esta situación relacionada con la calidad de la información no es exclusiva del aborto, en el caso de la mortalidad materna se identificaron causas de muerte que probablemente se encuentran mal clasificadas (IVU); respecto al tema de cesáreas de emergencia se observó una situación semejante: solo 11 casos fueron registrados en la provincia socio-demográficamente más importante del país, y que concentra la mayor proporción de servicios especializados de SSySR.

De acuerdo con las estimaciones económicas realizadas en el presente estudio, el costo total de omisión de la SSySR en Ecuador asciende a 472.9 millones de dólares. De estos, 92.7 (19.6%) son atribuibles a la atención médica directa y los restantes 380.29 corresponden a las pérdidas en que incurre la sociedad por la muerte temprana de mujeres debido a eventos obstétricos y a la productividad perdida por el embarazo en adolescentes. Las estimaciones obtenidas comprenden los costos de planificación familiar, de proveer atención a embarazos no intencionados y de atender las complicaciones obstétricas (incluyendo el aborto inseguro).

Un aspecto importante a destacar del costo de omisión está representado por el costo social, debido a la muerte de mujeres jóvenes (20-39 años de edad) a consecuencia de mortalidad materna (2,3). La muerte de 183 mujeres en el

año 2015, equivale a 9,293 años de vida perdidos.

Recomendaciones generales para una agenda de país

Las presentes recomendaciones se basan en el análisis de los resultados del estudio de costo de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador, y desde nuestra perspectiva, corresponden a formulaciones hipotéticas que requieren ser contrastadas y verificadas con la realidad social específica. No tienen un carácter de obligatoriedad ni pretender ser verdades absolutas sino que buscan contribuir a la identificación de lineamientos que podrían incidir en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la población ecuatoriana. De esta forma se establecen recomendaciones de políticas públicas, orientadas a reducir las desigualdades con intervenciones basadas en evidencia, consideradas como costo-efectivas:

Política pública de SSySR

La formulación de las políticas de SSySR debe considerar la participación de la sociedad en las decisiones para el establecimiento de estrategias consensuadas, basadas en la promoción y respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Deben constituir una posición de la sociedad, que incluyan y representen las creencias e intereses de los distintos grupos sociales (incluyendo grupos originarios) con un claro enfoque en la reducción del estigma, eliminación de la criminalización y el aseguramiento del acceso a los servicios de SSySR, de forma oportuna, con calidad y calidez. Estos servicios deberán considerar estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes, atención del aborto, la atención de eventos obstétricos y de complicaciones, principalmente las relacionadas con el aborto inseguro. Estas medidas contribuirán a reducir las brechas existentes entre estratos poblacionales y a mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Las políticas de SSySR requieren de mecanismos que las articulen con otros sectores sociales y económicos (intersectorialidad). Se esperaría que esta medida contribuya a incrementar la cobertura y efectividad de las acciones públicas. La articulación programática con el sector educativo, laboral, de justicia, y de desarrollo social podría contribuir a satisfacer, de forma diferenciada, las necesidades de SSySR de los diferentes grupos socioculturales que coexisten en la sociedad ecuatoriana.

La perspectiva de género en las políticas de SSySR y en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva requiere del diseño e implemen-

tación de estrategias específicas que podrían reducir barreras socioculturales para la oferta y la demanda de servicios. Se requiere de la implementación de acciones al interior del Programa de SSySR focalizadas en la población masculina (vasectomía) acompañadas de acciones conjuntas de promoción y mercadeo social dirigidas a usuarios y proveedores para mejorar la participación y aceptabilidad de los hombres. La vasectomía resulta ser altamente económica y tiene un efecto multiplicador, en vista de que no solo disminuye el riesgo de embarazo en la pareja, sino los atribuibles a encuentros sexuales fortuitos

Como parte del enfoque de género, la educación sexual deberá fortalecer la paternidad responsable, desmitificando el rol dado a la maternidad y colocando la responsabilidad de forma compartida entre ambos padres, esto podría contribuir a reducir las familias monoparentales, mayormente lideradas por mujeres. En tal sentido, se deberán implementar acciones que contribuyan a garantizar la permanencia de las adolescentes en sus labores habituales (escuelas, centros de esparcimiento y laborales) durante y posteriormente a un embarazo, con lo que se espera incidir en la reducción del fenómeno de feminización de la pobreza. Esto podría contribuir a reducir el costo social que representa el embarazo en adolescentes.

Reorientar los planteamientos teóricos y filosóficos en los que se basa el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, procurando que las acciones se enmarquen en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos internacionalmente acordados, que sean aquellas de probada efectividad, basadas en evidencia (e.g. entrega de métodos anticonceptivos, acceso a la atención del aborto y sus complicaciones; oferta de educación sexual adecuada) y acordes con el esquema educativo laico vigente en Ecuador.

Diseñar, implementar y evaluar estrategias orientadas a transformar las condiciones de vida en las dimensiones contextuales, con estricto apego a las preferencias de las usuarias, debiendo procurar la satisfacción de las necesidades de las usuarias (enfoque en la demanda) en contraste con el esquema predominante basado en un paquete preestablecido de servicios diseñado desde los conocimientos y creencias hegemónicas de los proveedores. Esto último se enmarca en el derecho a la libre elección de las y los usuarios de los servicios de salud, incluyendo los de SSySR.

Los resultados del estudio permiten identificar importantes diferencias en

los indicadores de acceso a servicios y de condiciones de SSySR según nivel socioeconómico de la provincia. La mejoría generalizada a nivel de país, no alcanzó a reducir las brechas entre provincias según estrato socioeconómico, por ello se requieren intervenciones focalizadas para mejorar el acceso y universalizar la cobertura de la atención en aquellas provincias con peores condiciones socioeconómicas.

Urge la capacitación de los proveedores de servicios de SSySR en la aplicación de la Guía de práctica clínica de servicios de aborto del 2013, de Ecuador, con el fin de lograr su adherencia a los protocolos clínicos establecidos para reducir el número de legrados, con lo que se incrementará la calidad de la atención provista a las usuarias de los servicios.

Es impostergable la difusión amplia entre proveedores de servicios de SSySR, y de la sociedad en su conjunto, de las causales del aborto no punible, reconocido en el Código Penal Ecuatoriano. Esto podría contribuir a reducir el estigma y la criminalización hacia las mujeres y proveedores.

Mejorar el registro de abortos y la tipificación de los mismos en el sistema de información de salud para determinar un número real de casos de aborto legal e inseguro.

La situación en torno al aborto merece ser cuidadosamente analizada y reflexionada en espacios que prioricen el bienestar físico, emocional, social y económico de las mujeres, la familia, la comunidad y la sociedad en su totalidad, mediante el uso de argumentos en los que prevalezca la equidad y la justicia social. Es importante corregir las distorsiones vinculadas al desconocimiento del tratamiento recomendado para su atención; la mayoría de casos son resueltos con LUI, aun cuando la normatividad plantea un tratamiento distinto. Esto podría atribuirse a la carencia en los establecimientos de salud del instrumental médico necesario para la realización de la aspiración manual endouterina (AMEU). Adicionalmente, es impostergable buscar mecanismos que garanticen el apego al marco legal vigente; la inexistencia de registros de provisión de servicios a las mujeres con derechos conferidos por el Código Integral Penal para la interrupción del embarazo, podría sugerir la inobservancia de esta obligación legal, y podría traducirse en la negación de una oferta de servicios oportuna y de calidad de mujeres que de por sí enfrentan situaciones de vulnerabilidad. No hay que olvidar que las que pueden acceder a estos servicios son mujeres con discapacidad intelectual, que han sido víctima de violación, y cuya vida se encuentra en peligro.

El costo de omisión en SSySR (debido a la ocurrencia de embarazos no deseados y sus complicaciones), incluyendo el costo médico directo y el costo social, es 17 veces más alto que el costo de prevención efectiva (i.e. atención del aborto legal, evitar embarazos no intencionados y morbilidad prevenible); si solo se considera el costo médico directo, la atención de la omisión es 3.4 veces mayor que la prevención efectiva; pero, dado que el bienestar de las poblaciones es responsabilidad directa del Estado, es imprescindible considerar la pérdida social atribuible a la provisión parcial de los servicios, que se traduce en omisión. El costo promedio de evitar un embarazo no intencionado es de 114 dólares, mientras que atenderlo se estimó en 612 dólares (5.4 veces más). Por estas razones se recomienda fortalecer y ampliar la capacidad instalada para la oferta de servicios de planificación familiar.

Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador

Anexos

Anexo 1. Bibliografía internacional consultada sobre relación pobreza y SSR

TEMÁTICA	TÍTULOS
Políticas públicas en SSR y/o reducción de la pobreza	Duvvury, Nata y Oxhom, Phil (2012), Understanding the Links Between Sexual and Reproductive Health Status and Poverty Reduction, UNFPA Policy Briefs.
	Fescina, R. H. (2009). Reunión Regional de Puntos Focales de Salud Sexual y Reproductiva de los países de Latino América y el Caribe. In <i>CLAP/SMR. Publicación Científica</i> (No. 1575). OPS.
	Greene, M. E., & Merrick, T. (2005). Poverty reduction: does reproductive health matter? HNP Discussion Paper, The World Bank.
	Grisales, L. M., & Giraldo, L. A. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud, 2006. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i> , 26(1), 78-86.
	Hakkert, R., Guzmán, J. M., Hermann, M., & Schensul, D. (2012). Impacts of population dynamics reproductive health and gender on poverty.
	Ministerio de Salud (2007). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos. Managua.
	Nani, Ester (2004), Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe. Asociación de Mujeres en Acción, Integrante de la Red Argentina de Monitoreo de Políticas de Género, Argentina.
	Puig, Cristina (2008), Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights (YCSRR) y Family Care International (FCI)
	Renteria, M. T. (2002). Bioética de las políticas de población. <i>Pers. bioet</i> , 6(15), 70-78.

	<p>Rodríguez-Vargas, F. A., & Molina-Berrio, D. P. (2015). Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>, 14(28), 10-29.</p> <p>UNFPA, E. D. A. T. (2005). <i>Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. México DF.</i></p> <p>United Nations (2015), <i>The World's Women 2015: Trends and Statistics</i>, Nueva York, United Nations, Departamento de Economía y Asuntos Sociales, División de Estadística.</p> <p>USAID (2009), <i>Fact Sheet on Youth Reproductive Health Policy. Poverty and youth reproductive health, Task order 1.</i></p> <p>Valdebenito, C., Rodríguez, M., Hidalgo, A., Cárdenas, U., & Lolas, F. (2006). Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras. <i>Acta bioethica</i>, 12(2), 185-191.</p> <p>Wood, S. (2010). <i>Sexual and reproductive health for all. Reducing poverty advancing development and protecting human rights.</i></p>
<p>Planificación familiar</p>	<p>Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica</i>, 30(3), 480-486.</p> <p>Faúndes, J. M. M. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. <i>R. bras. Est. Pop.</i>, Rio de Janeiro, 30(1), 125-144.</p> <p>Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica</i>, 30(3), 465-470.</p> <p>Lara, D., van Dijk, M. G., Garcíaa, S. G., & Grossmanb, D. (2007). Introducción de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. <i>Gac Méd Méx</i>, 143(6), 483-487.</p> <p>Pretell-Zárate, E. A. (2013). Política de anticoncepción oral de emergencia: la experiencia peruana. <i>Revista Peruana</i></p>

	<p>de <i>Medicina Experimental y Salud Pública</i>, 30(3), 487-493.</p>
<p>Mortalidad materna y/o salud materna</p>	<p>Chou, D., Daelmans, B., Jolivet, R. R., Kinney, M., & Say, L. (2015). Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths.</p> <p>Cáceres-Manrique, F. (2010). Justicia global, pobreza y mortalidad materna. <i>Facultad Nacional de Salud Pública</i>, 28(3).</p> <p>Elu, M. D. C., & Santos, P. E. (2004). Mortalidad materna: una tragedia evitable. <i>Perinatol Reprod Hum</i>, 18(1), 44-52.</p> <p>Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., & Ruiz, M. T. (2006). Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. <i>Bulletin of the World Health Organization</i>, 84(11), 903-909.</p> <p>Kidney, E., Winter, H. R., Khan, K. S., Gülmezoglu, A. M., Meads, C. A., Deeks, J. J., & MacArthur, C. (2009). Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. <i>BMC pregnancy and childbirth</i>, 9(1), 1.</p> <p>Lafaurie, V., Mercedes, M., Castañeda, C., Viviana, K., Castro, T., Marcela, D., & Lopez, M. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. <i>Rev. colomb. enferm</i>, 6(6), 15-28.</p> <p>Ministerio de Salud y C. A. R. E. Perú, (2009). Evaluación del impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú: 2006.</p> <p>Nyamtema, A. S., Urassa, D. P., & van Roosmalen, J. (2011). Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. <i>BMC pregnancy and childbirth</i>, 11(1), 1.</p> <p>Piane, G. M., & Clinton, E. A. (2014). Maternal Mortality Interventions: A Systematic Review. <i>Open Journal of Preventive Medicine</i>, 2014.</p> <p>Ross, L., Simkhada, P., & Smith, W. C. S. (2005). Evaluating effectiveness of complex interventions aimed at reducing maternal mortality in developing countries. <i>Journal of Public Health</i>, 27(4), 331-337.</p>

	<p>Ybaseta-Medina, J. (2015). Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en la región de Ica, Perú 2001-2005. <i>Revista Médica Panacea</i>, 1(1), 9-13.</p> <p>Yuan, B., Qian, X., y Thomsen, S. (2013). Disadvantaged opulations in maternal health in China, who and why? <i>Glob Health Action</i> 2013, 6.</p> <p>World Health Organization. (2015). Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM).</p>
<p>Embarazo adolescente</p>	<p>Borrero, M. C. M. (2011). Adolescent pregnancy in Colombia, 1992-2006: a conflict about sexual rights. <i>Rev. bioét. (Impr.)</i>, 19(2), 468-483.</p> <p>DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. <i>Bmj</i>, 324(7351), 1426.</p> <p>García, A. L. R. (2008). Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. <i>Salud Uninorte</i>, 24(2), 351-358.</p> <p>Guerrero, R. (2013). La penalización de las relaciones sexuales entre o con adolescentes y su efecto en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica</i>, 30(3), 500-505.</p> <p>Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., & Oakley, A. (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. <i>BMj</i>, 339, b4254.</p> <p>Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkap, K. W. M., & Temmerman, M. (2006). REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. <i>University of Aberdeen</i>.</p> <p>Maness, S. B., & Buhi, E. R. (2013). A systematic review of pregnancy prevention programs for minority youth in the US: A critical analysis and recommendations for improvement. <i>Journal of Health Disparities Research and Practice</i>, 6(2), 7.</p> <p>Mata, Á. N. S., Lemos, C. A., Ferreira, C. L., Braga, L. P., & Maia, E. M. C. (2010). Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. <i>Revista Colombiana de Psicología</i>, 18(2), 167-175.</p>

	<p>Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública</i>, 30(3), 471-479.</p> <p>Peláez Mendoza, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. <i>Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología</i>, 34(2), 0-0.</p> <p>Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., Murray, N., Molina, T., & Villegas, R. (2000). Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. <i>Sogia 2000</i>, 7(3).</p> <p>Vega-Aguirre, D. C. (2013). Análisis de actores claves asociados al desarrollo de políticas públicas para madres adolescentes en Chile. <i>Gerencia y Políticas de Salud</i>, 12(24), 54-72.</p>
Aborto inseguro	<p>Fusco, C. L. De Sousa, R. y Andreoni, S. (2012). Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. <i>Cuadernos de Saúde Pública</i>, 28(4), 709-719.</p> <p>González Vélez, A. C. (2005). La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, 21(2), 624-628.</p> <p>Rocha, M. I. B. D., Rostagnol, S., y Gutiérrez, M. A. (2009). Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. <i>Revista Brasileira de Estudos de População</i>, 26(2), 219-236.</p>

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura a nivel mundial.

Anexo 2. Documentos sobre políticas públicas sobre pobreza y SSR en países seleccionados en América Latina

PAÍS	POLÍTICAS PÚBLICAS
	<p>Ministerio de Desarrollo Social (2006). Tarjeta Uruguay Social. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/55480/3/innova.front/tarjeta-uruguay-social-tus (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Ministerio de Desarrollo Social (2007). Plan de equidad. Disponible en:</p>

<p>Uruguay</p>	<p>http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Ministerio de Desarrollo Social (2015). Asignaciones familiares Plan Equidad. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14546/3/innovafrofront/asignaciones_familiares (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Ministerio del Interior. Código Penal. Disponible en: http://d.scribd.com/docs/help39okr5jwx3b6gyi.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud Pública (MSP) (2005). Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Uruguay. Disponible en: http://www.bps.gub.uy/bps/file/8160/1/programa_nacional_de_salud_de_la_mujer_y_genero.pdf (Consultado 25 de febrero de 2016).</p> <p>Ministerio de Salud Pública (2006). Ley 17,386 del Acompañamiento durante el parto. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-17.386-acompa%C3%B1amiento-parto.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud Pública (2007). Programa Nacional de Salud Adolescente. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Poder Legislativo (2008). Ley No. 18,426 de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley%2018426.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p> <p>Poder Legislativo (2012). Ley 18,987 Interrupción voluntaria del Embarazo. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012.pdf (Consultado 20 de febrero de 2016)</p>
<p>Chile</p>	<p>Bachelet, M. (2013). Programa de gobierno. Disponible en: http://www.gob.cl/programa-de-gobierno/ (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Gobierno de Chile (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en: https://docs.google.com/folderview?usp=sharing&id=0BwwmqS6Lvaq4N1FTTXd0a3VrLUk&tid=0B26NOTi80bp2RjVSNUG00VNweFE (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Desarrollo Social (2015). Familias en Situación de Pobreza Extrema y Vulnerabilidad SS y OO. Disponible en: http://www.programassociales.cl/pdf/2015/PRG2015_5_61637_2.pdf (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Desarrollo Social (2015). Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Disponible en:</p>

	<p>http://www.programassociales.cl/pdf/2015/PRG2015_5_6102_2_2.pdf (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Justicia (1874). Código Penal. Disponible en: file:///C:/Users/IRMA/Desktop/INSP%20SSR%20Y%20POBREZA/POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS%20EN%20SSR%20(NA CI%C3%93N)/CHILE/codigo%20penal%20chile.PDF (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Disponible en: https://docs.google.com/folderview?usp=sharing&id=0Bwwmqs6Lvaq4dmViTk1EWI8zU0k&tid=0B26NOTi80bp2RjVSNUG00VNweFE (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud (1997). Programa Salud de la Mujer 1997. Disponible en: Http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf (Consultado 30 de enero de 2016)</p> <p>Secretaría General de la Presidencia (2015). Proyecto de Ley que regula la Despenalización de la Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Disponible: http://3causales.gob.cl/ (Consultado 30 de enero de 2016)</p>
<p>Perú</p>	<p>Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) (2015). Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado, Perú hacia el 2021, Lima. Disponible en: http://www.ceplan.gob.pe/documentos/plan-estrategico-desarrollo-nacional-actualizado (Consultado 20 de enero de 2016).</p> <p>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2014). Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión social "Incluir para crecer". Disponible en: http://incluirparacrecer.midis.gob.pe/descargas/endis_espanol_2014.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (1991). Código Penal de Perú. Disponible en: https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/legislacion/l_20080616_75.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, PNAIA 2021. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf Consultado 20 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud (2005). Norma Técnica de Planificación Familiar. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM536-2005.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud (2005). Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM598-2005.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p>

	<p>Ministerio de Salud (2009). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 (Documento Técnico). Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM207-2009.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud (2013). Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf (Consultado 20 de enero de 2016)</p>
<p>México</p>	<p>Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR). Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/estrategia_cnegsr.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Gobierno de la Republica (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en: http://pnd.gob.mx/ (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Gobierno de la Republica (2013). Programa Sectorial en Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Grupo Interinstitucional para la prevención del Embarazo en Adolescentes (2015). Estrategia Nacional para la prevención del embarazo adolescente (ENAPEA). Disponible en: http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/34-sala-prensa/noticias-inicio/1347-estrategia-prevencion-embarazo-adolescentes (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Secretaría de Desarrollo Social (2015). Reglas de Operación de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Secretaría de Gobernación (2015). Código Penal Federal. Disponible en: http://www.shcp.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/MarcoJuridicoGlobal/Leyes/92_cpf.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico: Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Disponible en: http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p> <p>Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018.</p>

	<p>Disponible en: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/PAES2013-2018/CNEGSR/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20para%20Adolescentes.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2015)</p>
<p>Ecuador</p>	<p>Consejo Nacional de Salud y Ministerio de Salud Pública (2007). Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: https://www.healthresearchweb.org/files/Politicass_Salud-Ecuador_2007.pdf (Consultado 30 de octubre de 2015)</p> <p>Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013). Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA, 2013). Disponible en: http://www.planv.com.ec/historias/testimonios/plan-familia-ecuador-o-un-retroceso-cien-anos (Consultado 30 de octubre de 2015)</p> <p>Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud y Consejo Nacional de Salud (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reducci%C3%B3n%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20%20Ecuador.pdf (Consultado 30 de octubre de 2015)</p> <p>Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) (2013). Plan Nacional “Buen Vivir” 2013-2017. Disponible en: http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf (Consultado 30 de octubre de 2015)</p> <p>Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y Secretaría Técnica para la Erradicación de la Pobreza (2014). Estrategia Nacional para la Igualdad y la Erradicación de la Pobreza (Resumen ejecutivo). Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/12/ENIEP-RESUMEN-ESPA%C3%91OL.pdf (Consultado 30 de octubre de 2015)</p> <p>Presidencia de la República de Ecuador (2014). Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Disponible en: (pendiente)</p> <p>República del Ecuador, Asamblea Nacional (2014). Código Orgánico Integral Penal. Disponible en: http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf (Consultado 03 de noviembre de 2015)</p>

Bolivia	<p>Gobierno de Bolivia (2001). Estrategia boliviana para la reducción de la pobreza. Disponible en: http://www.ops.org.bo/textocompleto/npb21396.pdf (Consultado el 20 de diciembre de 2015)</p> <p>Honorable Congreso Nacional (2002). Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1460/LEY%20DEL%20SEGURO%20UNIVERSAL%20MATERNO%20INFANTIL.pdf (Consultado el 20 de diciembre de 2015)</p> <p>Ministerio de Justicia (2010). Código Penal y Código de Procedimiento Penal. Disponible en: http://www.justicia.gob.bo/images/stories/leyes/cpp.pdf (Consultado el 20 de diciembre de 2015)</p> <p>Ministerio de Planificación del Desarrollo (2016). Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020. En el marco del Desarrollo Integral para vivir bien. Disponible en: http://www.planificacion.gob.bo/pdes/ (Consultado el 30 de enero de 2016)</p> <p>Ministerio de Salud y Deportes (2009). Plan Estratégico Nacional de la Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015. Serie Documentos Técnico Normativos. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/salud/nal/PLAN%20ESTRATEGICO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf (Consultado el 20 de diciembre de 2015)</p> <p>Ministerio de Salud y Deportes (2010). Plan nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud. Disponible en: http://www.ops.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/plan-adolescentes.pdf (Consultado el 20 de diciembre de 2015)</p>
----------------	---

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura a nivel regional.

Anexo 3. Matriz de resultados revisión de la bibliografía internacional consultada sobre relación pobreza y SSR

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CONTENIDO Y REFERENCIAS
Pobreza	Definiciones y enfoques	-La pobreza es un problema de preocupación mundial, por ello se ha incluido la reducción de ésta como un eje prioritario en los ODM a través de dos metas iniciales: erradicar la pobreza extrema y el hambre (Puig, 2008). A este objetivo se ha añadido un nuevo fin: lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidas las mujeres y los jóvenes (Puig, 2008; Hakkert, et.al., 2012). Así también, en la ratificación de los compromisos para el año 2030 en la agenda del Desarrollo Sostenible la reducción de la pobreza se observa

<p>Pobreza</p>	<p>Definiciones y enfoques</p>	<p>como un desafío para el desarrollo de las sociedades (United Nations, 2015). -Por lo anterior, es necesario comprender este fenómeno en su carácter multidimensional. Más allá de la falta de ingresos, la pobreza se puede abordar como carencias, bajos niveles de educación y de salud, necesidades insatisfechas, falta de desarrollo de capacidades, como exclusión social, vulnerabilidad, exposición a riesgos –violencia, delincuencia- y falta de participación de la población en el desarrollo de políticas públicas (Greene y Merrick, 2005; Cáceres, 2010). Además, se debe tener en cuenta que la pobreza se inscribe en una trama de factores e intereses políticos, económicos, sociales, históricos, culturales e institucionales (Nani, 2004; Cáceres, 2010). -Ante la complejidad de la pobreza se han desarrollado distintos modelos y enfoques con los cuales abordarla y generar estrategias de política pública para su reducción (UNFPA, 2005):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El modelo monetario retoma como indicador los ingresos y su política de acción se centra en el incremento de entradas monetarias. Una de las críticas hacia este modelo es que la disminución en la pobreza monetaria no se traduce necesariamente en la satisfacción de las necesidades básicas; así como un nivel de desarrollo humano suficiente tampoco garantiza la eliminación de la pobreza (UNFPA, 2005; United Nations, 2015). 2. La pobreza como exclusión social implica una limitación para el ejercicio de derechos básicos – educación, empleo, participación política- pues impide la autonomía de las personas.
<p>Pobreza</p>	<p>Definiciones y enfoques</p>	<p>Por ello, en el diseño de políticas se deben contemplar los mecanismos que producen esta exclusión para reducirla y hacer frente a las desigualdades sociales entre la</p>

<p>Pobreza</p>		<p>población, que pueden consolidarse a pesar del crecimiento económico y la reducción de la pobreza ya que no se toman en cuenta las condiciones que impiden el acceso a recursos y beneficios para todos (UNFPA, 2005; Nani, 2004; Cáceres, 2010).</p> <p>3. Línea de la pobreza desde este enfoque una persona se considera pobre cuando su ingreso per cápita en el hogar es inferior al monto mínimo para satisfacer sus necesidades básicas (Cáceres, 2010).</p> <p>4. El enfoque de participación pone en el centro del debate la necesidad de fomentar el empoderamiento en la población pobre (UNFPA, 2005).</p> <p>e) En respuesta y crítica a los modelos que se centran en los ingresos para medir la pobreza, surge el enfoque de las capacidades de Amartya Sen, para él la pobreza consiste “en la privación de las capacidades básicas que permitirán al ser humano su desarrollo” (UNFPA, 2005:8); entendiendo las capacidades como habilidades para obtener ciertas condiciones de vida por ejemplo: acceso a la salud, a la alimentación adecuada, a una vida libre de discriminación, tener uso de razón, poder desarrollar emociones, entre otras. Llama la atención la relevancia que adquieren las condiciones sociales, económicas, políticas y personales de cada contexto cultural e individual, pues desde este enfoque las capacidades no pueden generalizarse ni separarse de las características individuales y socioculturales de cada sujeto, éstas sientan las bases para que las personas desarrollen sus capacidades tomando en cuenta el sexo, la clase social, la educación, el empleo, la pertenencia étnica y etaria que pueden generar desigualdades sociales (UNFPA, 2005). -En el enfoque de las capacidades no se ignora el componente económico ya que el acceso a ingresos se relaciona con el desarrollo de</p>
-----------------------	--	--

<p>Pobreza</p>		<p>capacidades. Así también se fomenta la educación y la salud como pilares para reducir la pobreza y fomentar el desarrollo (Greene y Merrick, 2005; UNFPA, 2005).</p> <p>-Se distinguen, desde este enfoque, tres niveles en la conceptualización de la pobreza: el ingreso, las capacidades y el funcionamiento o los resultados en la calidad de vida: salud, educación, bienestar material, participación política (Hakkert, et. al., 2012).</p> <p>-Una de las críticas para este enfoque es que la medición de la pobreza resulta compleja pues se dificulta reconocer las capacidades de las personas y su impacto en la reducción de la pobreza (Hakkert, et. al., 2012). Aunque este enfoque permite articular y conceptualizar la SSR y la pobreza (UNFPA, 2005).</p>
<p>Pobreza</p>		<p>-Sin importar el modelo o enfoque de pobreza, es motivo de debate la manera cómo se definirá y cómo se medirá, qué indicadores serán los más adecuados –línea de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, canasta de satisfacciones esenciales, canasta alimentaria, crecimiento del PIB, tasa de población ocupada-, cómo incorporar las relaciones de poder -entre naciones y al interior de las mismas- y las dimensiones en salud y SSR (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Puig, 2008, Cáceres, 2010).</p> <p>-Donde posiblemente hay un acuerdo es que para reducir la pobreza se requiere un diseño integral de acción simultánea invirtiendo en educación y salud, articulando estrategias que permitan la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres, y eliminen las desigualdades étnicas, generacionales, territoriales, entre otras (Nani, 2004; UNFPA, 2005). Estas intervenciones deben pasar por tres mecanismos: promoción del crecimiento económico; distribución equitativa del ingreso y acceso a servicios, y uso eficiente de recursos</p>

		<p>tanto las acciones encaminadas para mejorar la salud deben vincularse con la reducción de la pobreza (UNFPA, 2005); así también, es necesario promover el desarrollo del capital social y humano mediante la inversión en educación y salud para impactar en el acceso al mercado laboral, sin olvidar las condiciones contextuales, históricas, políticas y culturales (UNFPA, 2005).</p> <p>-Se ha identificado que los países que controlan las bolsas de valores, el comercio, las redes de comunicación y el transporte, es decir, los países ricos tienen una mayor esperanza de vida y menores tasas de mortalidad materna e infantil (Nani, 2004). Mientras que en los países con menos recursos, donde su población tiene niveles educativos inferiores, limitado acceso a servicios de salud, se presentan diversas problemáticas en la SSR como embarazo adolescente, propagación del VIH (Nani, 2004).</p> <p>-La lógica de inversiones, que se sustentan en este paradigma, puede no ser suficiente para resolver los problemas que se derivan de las desigualdades sociales, sobre todo cuando la inversión en salud pública se reduce (UNFPA, 2005).</p>
	<p>Paradigma: SSR impacto en la Pobreza</p>	<p>-En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994 se introdujo en el debate la importancia de la SSR en la disminución de la pobreza (UNFPA, 2005). En la Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico Kofi Annan mencionó: "No podrán alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, incluyendo salud reproductiva y planificación de la</p>

	<p>Paradigma: SSR impacto en la Pobreza</p>	<p>familia" (Kofi Annan citado por Nani, 2004:1).</p> <p>-A partir de estos pronunciamientos en la política internacional se ha buscado comprender qué factores de la SSR contribuyen a la reducción de la pobreza. Este es un campo de investigación limitado pues son pocos los estudios en que se aborda este tipo de planteamiento (UNFPA, 2005; Wood, 2010; Puig, 2008; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-En este sentido, se propone abordar la relación de la SSR y la pobreza desde un enfoque holístico que permita comprender cómo las políticas específicas en este ámbito de la salud propician el crecimiento económico y la reducción de la pobreza; esto desde múltiples metodologías de investigación –cualitativas y cuantitativas- que permitan aprehender la interrelación entre los determinantes sociales, las normas de género, las instituciones, la SSR y la pobreza (UNFPA, 2005 y Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012). Un estudio paradigmático que ha mostrado la cuantificación del impacto de las políticas en SSR y la reducción de la pobreza es de Margaret Greene "Poor Health, Poor Women: How Reproductive Health Affects Poverty (2008)" (USAID, 2009).</p> <p>-A través de las políticas públicas se debe promover el acceso universal a la educación, a la SSR y favorecer la inclusión de la mujeres en distintos ámbitos con la finalidad de erradicar la pobreza, mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades (Nani, 2004; Puig, 2008; USAID, 2009). También, las políticas y estrategias deben orientarse a otros grupos vulnerables: adolescentes y jóvenes y grupos étnicos promoviendo la participación de los individuos en el ámbito comunitario y propiciando el desarrollo de capacidades (Nani, 2004; UNFPA, 2005).</p>
--	--	---

		<p>-Desde este paradigma se ha incorporado el discurso de los derechos sexuales y reproductivos, la perspectiva de género y un enfoque multidimensional de la pobreza, descartándose las metas demográficas en SSR para reforzar y ratificar las metas sociales (Nani, 2004).</p>
	<p>Justicia global</p>	<p>-Ante las desigualdades entre los países, la acumulación de riqueza en pocas manos (naciones desarrolladas) y el aumento de la pobreza (en países en desarrollo) se pone en el centro del debate "cómo lograr la justicia global", siendo ésta un medio para disminuir la pobreza (Cáceres, 2010).</p> <p>-Desde este enfoque se considera que "toda persona tiene el mismo derecho a un esquema plenamente válido de iguales libertades básicas y que las desigualdades sociales y económicas deben estar asociadas a cargos y posiciones asequibles a todos en igualdad de oportunidades y suponer un mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad" (Cáceres, 2010:261).</p> <p>-En este sentido, el concepto de justicia global promueve el respeto por los derechos humanos en "todo el mundo", así como la erradicación de las desigualdades sociales, pues se cuestionan las causas que la propician, las asimetrías estructurales, la acumulación de riqueza, la sobre explotación de recursos y las relaciones de poder. También, se proponen estrategias para garantizar los derechos sociales, económicos y culturales, manteniendo la paz y la seguridad (Cáceres, 2010).</p>
<p>Sexualidad y SSR</p>		<p>-“La salud sexual ha sido definida como la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad e involucra la identidad sexual, la identidad de género, el erotismo y el vínculo afectivo que se establece con los demás” (UNFPA, 2005:32). Y “se definió la salud reproductiva como un estado de</p>

Sexualidad y SSR

completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos" (Wood, 2010: 15).

-Mientras que la SSR se entiende como "...la capacidad de disfrutar de actividades sexuales y reproductivas reguladas a partir de una ética personal y social. [Así como] la ausencia de factores psicológicos como elementos afectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas, mitos, prejuicios) que inhiban el bienestar sexual o perturben las relaciones sexuales y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad sexual y reproductiva" (Alvarado, Garita, y Solano citado por UNFPA, 2005:33).

-La SSR implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y gocen de la libertad de decidir si desean o no tener hijos, cuándo y la frecuencia, por tanto se les debe proporcionar información sobre planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. También, se debe garantizar el derecho de recibir servicios de salud materna e infantil (Wood, 2010).

-A pesar de que los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción son difíciles de incorporar en los diálogos internacionales -debido a la sensibilidad, la incomodidad, así como las tendencias polarizantes que asume la sociedad- se reconoció la necesidad de incorporar la SSR como un medio para alcanzar los ODM (Puig, 2008). Puesto que las intervenciones en SSR abonan a la reducción de la pobreza y el crecimiento económico; además, en sí misma la SSR ha sido reconocida como un derecho humano fundamental (Wood, 2010).

-La SSR dejó de comprenderse sólo desde un enfoque biológico y de

		<p>riesgo para integrar una perspectiva sociocultural que acogiera una visión de la sexualidad en plenitud e incluyera diversas prácticas sexuales, nuevas masculinidades e identidades LGTI, entre otros aspectos (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; UNFPA, 2005).</p>
<p>Acuerdos internacionales a nivel internacional se han establecido en materia de SSR y reducción de la pobreza que dictan los objetivos, metas y compromisos políticos para las naciones que suscriben dichos acuerdos. Las principales agencias son Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (USAID, 2009).</p> <p>Acuerdos internacionales</p>	<p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, 1979</p>	<p>-A partir de esta convención se exige que se reconozca a las mujeres como sujetos de derechos al igual que los hombres (Puig, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Se promueven estrategias para disminuir prácticas discriminatorias hacia las mujeres (Puig, 2008).</p> <p>-La Convención además tiene un carácter jurídicamente vinculante y ha impactado en las legislaciones nacionales, sin que haya aún consistencia en la aplicación de la ley (Puig, 2008; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
	<p>Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994</p> <p>Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994</p>	<p>-Se abordó la SSR como tema central desde el enfoque de género y de los derechos humanos; a su vez se tomaron medidas para erradicar las desigualdades sociales y la pobreza que influyen en el acceso y atención de la SSR (Nani, 2004; Greene y Merrick, 2005; Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-Se asumió un concepto positivo de la sexualidad y la reproducción. Se promovió la articulación con el ámbito de la educación, el acceso a servicios de salud y otros campos que propicien el desarrollo de la población (UNFPA, 2005 y Wood, 2010; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-Se planteó una forma renovadora de analizar la relación entre la población, la SSR y la pobreza a través de la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos y un enfoque multidimensional de la pobreza (Nani, 2004).</p> <p>-En el programa de acción del CIPD se incluyó la ratificación de los derechos de las mujeres</p> <p>-control de su fertilidad, acceso a la información y metodología</p>

Acuerdos internacionales		anticonceptiva, entre otros-; la promoción de la equidad e igualdad entre hombres y mujeres; se propuso integrar la SSR en la atención primaria; prevenir y tratar el VIH-SIDA, y la eliminación de la violencia hacia las mujeres (UNFPA, 2005 y Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).
	Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995	-Se promovió el empoderamiento de las mujeres, la igualdad de género y la no discriminación. Así también, se incluyó como prioridad la atención a la SSR de los adolescentes (Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).
	Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, 1995	-La Federación Internacional de Planificación Familiar aprobó la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos en 1995 (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).
	Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000	-Se establecieron ocho objetivos de desarrollo económico y social basados en la equidad, la seguridad, la paz y los derechos humanos. Además, se retoman los acuerdos incluidos en la agenda del CIPD y la plataforma de acción de Beijing (Nani, 2004; UNFPA, 2005, Wood, 2010 y Hakkert, et. al., 2012; Puig, 2008; Grisales y Giraldo, 2008; USAID, 2009). -La finalidad de este documento consiste en la formulación de políticas públicas nacionales y programas de cooperación internacional que permitan erradicar la pobreza extrema y el hambre; reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna; promover la educación primaria universal; la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; combatir el VIH/SIDA, así como favorecer la sostenibilidad del medio ambiente y la cooperación de las naciones ricas en favor del cumplimiento de la agenda de los ODM (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Wood, 2010; Puig, 2008; Grisales y Giraldo, 2008; Cáceres, 2010). -La relevancia de esta cumbre radica en la alianza mundial y el apoyo político que los sostienen, la asignación

	<p>Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000</p>	<p>de recursos, el establecimiento y articulación de metas dentro de plazos definidos, el uso de indicadores para realizar un seguimiento y evaluación y la viabilidad de sus logros a mediano y largo plazo (Puig, 2008; Grisales y Giraldo, 2008, Hakkert, et. al., 2012).</p> <p>-Además, han proporcionado un enfoque innovador e integrador de las estrategias para reducir la pobreza pues se articula con la SSR (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Wood, 2010; Hakkert, et. al., 2012; Puig, 2008; Grisales y Giraldo, 2008; USAID, 2009).</p> <p>-En 2007 se reconoció la importancia de incluir a la SSR como una meta para el desarrollo de las naciones que puede ser medida a través de indicadores: la prevalencia de uso de anticonceptivos, salud materna, razón de mortalidad materna, disminución del VIH-SIDA y otras ITS, equidad de los géneros, entre otros (Nani, 2004; Puig, 2008; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>A nivel regional se ha llevado a cabo la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, dicho documento se basa en los derechos humanos, la solidaridad en América Latina, la equidad en la salud y la participación ciudadana. Se pone especial hincapié en la disminución de las inequidades en la salud al interior de los países y entre las mismas, y aumentar la protección social y los servicios médicos de calidad (Fescina, 2009). De esta agenda se derivan planes regionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fortalecer la educación sexual y reproductiva -Reducción de la mortalidad materna -Salud neonatal, atención de la madre, del recién nacido y del niño -Salud de los adolescentes -Incrementar la planificación familiar -Prevenir el aborto no seguro -Atención del VIH y las ITS -Estrategia para la nutrición en la salud y el desarrollo
--	---	---

		<p>-Prevenir la violencia y empoderar a las mujeres y las familias</p>
<p>Enfoques para la política pública en la SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Enfoque de Género</p>	<p>-Las normas de género definen los roles y las expectativas sociales para las mujeres y los hombres, asignan atributos, responsabilidades y privilegios. Estas normas operan a través de las instituciones sociales y se materializan en leyes, políticas y prácticas sociales (Duvvury y Oxhorn, 2012). Se basan en relaciones de poder que posibilitan la exclusión de las mujeres limitando su autonomía e imposibilitando el ejercicio de sus derechos en el ámbito público y en el privado. Se observa, por ejemplo, deserción escolar, escasa participación en el mercado laboral, sobrecarga de responsabilidades domésticas y falta de acceso a recursos (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012; United Nations, 2015).</p>
<p>Enfoques para la política pública en la SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Enfoque de Género</p>	<p>-La normatividad de género puede estar asociada con prácticas nocivas y discriminatorias: violencia de género, participación restringida en la toma de decisiones, matrimonio precoz, idealización de la maternidad y del “hijo”. Problemáticas y condiciones que están relacionadas con la SSR – embarazos no deseados, limitado o nulo uso de anticonceptivos, infección de VIH y otras ITS, morbilidad materna, aborto ilegal- y la pobreza (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Puig, 2008; USAID, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Ante lo anterior, es importante señalar que para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo, las mujeres deben ser consideradas como sujetos de derechos, poniendo especial énfasis en su autonomía y no con un enfoque asistencial y paternalista (Nani, 2004; Puig, 2008).</p> <p>-En cuanto a la SSR se debe promover, a través de políticas públicas, que las mujeres tengan acceso a información para controlar su cuerpo, que decidan sobre su vida sexual y reproductiva,</p>

<p>Enfoques para la política pública en la SSR y reducción de la pobreza</p>		<p>que controlen su fertilidad para participar en otros ámbitos como el educativo y el laboral (Nani, 2004; Puig, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Por otro lado, se pueden promover cambios sociales en las normas de género que permitan cuestionar y evitar la violencia, la discriminación y otras prácticas nocivas contra las mujeres (Wood, 2010). Es interesante observar como en algunos países se puede contar con un marco legal o político sobre el acceso a la educación, a las actividades laborales, a la atención del parto o al aborto; sin embargo, la implementación de estas leyes están sujetas a las normas de género y las condiciones sociales, por ejemplo un estudio en el Líbano, realizado por DeJong y Meyerson-Knox, evidenció que los altos niveles de educación no necesariamente conducen a la participación activa de las mujeres en el ámbito laboral debido a las barreras sociales que enfrentan después de contraer matrimonio; en Brasil los hombres y mujeres jóvenes de bajos ingresos tienden a ver el matrimonio y a los hijos como una vía para obtener reconocimiento social lo que impacta en su SSR y su nivel de pobreza, ya que se unen de forma temprana y tienen más hijos en periodos cortos (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-En este sentido, es de relevancia el uso de indicadores de género para conocer los impactos diferenciados de la pobreza y la SSR, de las políticas entre hombres y mujeres y a su vez se deben incluir e interpretar con otros de orden económico, social, político y cultural (Nani, 2004; Puig, 2008).</p>
<p>Enfoques para la política pública en la SSR y reducción de la pobreza</p>		<p>-El derecho a la salud y a la SSR se posicionan al mismo nivel de los derechos humanos por ello son universales, indivisibles, se enmarcan en la diversidad y son democráticos (UNFPA; 2005). Se derivan de acuerdos internacionales y los países firmantes tienen la obligación de desarrollar</p>

	<p>Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>políticas y programas para respetar, atender y proteger los derechos de los ciudadanos (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; UNFPA, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Los derechos sexuales y reproductivos constituyen el soporte de los diferentes temas de la SSR, la autodeterminación corporal, sexual y reproductiva; que deben ser garantizados por el Estado a través de la implementación de políticas públicas en materia de SSR. Estos derechos se enmarcan en dos dimensiones, la primera –individual- que promueve la libertad en la elección de pareja, la privacidad, el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción; la segunda –social- apunta a los beneficios de las políticas públicas sobre educación sexual, servicios de SSR de calidad, programas destinados a erradicar la violencia de género (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; Puig, 2008).</p> <p>-La exigencia de los derechos sexuales y reproductivos depende del conocimiento que la población tenga de ellos; de la existencia de mecanismos legales para reclamarlos; de la creación de instituciones para la vigilancia de su cumplimiento; de la ubicación territorial, la pertenencia étnica, la generación, la condición migratoria y el nivel socioeconómico de hombres y mujeres, que como sujetos de derechos, reclamen el cumplimiento de los mismos (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Desde esta perspectiva las políticas públicas en salud y SSR debe operar sin distinciones basadas en el sexo, la pertenencia étnica, la condición económica, la generación, las creencias religiosas, las preferencias sexuales, entre otros aspectos. En este ámbito se deben evitar prácticas discriminatorias y partir de las necesidades de la población, es decir, desde un abordaje culturalmente</p>
--	--	--

<p>Grupos vulnerables</p>	<p>Mujeres</p>	<p>mujeres viven más años en condiciones de pobreza.</p> <p>-Con respecto a la conformación y dinámica familiar se ha incrementado el divorcio y han aumentado las familias monoparentales; los jefes del hogar son madres solteras lo que contribuye a su vulnerabilidad social (Nani, 2004; United Nations, 2015).</p> <p>-A pesar de que la cobertura de los servicios educativos se ha extendido en la población femenina y las mujeres alcanzan con mayor frecuencia la educación secundaria, terciaria y de posgrado, aún se observa deserción escolar temprana y tasas elevadas de analfabetismo debido a las responsabilidades asociadas al cuidado y las tareas del hogar (Fescina, 2009; United Nations, 2015). Además, las mujeres están subrepresentadas en la ciencia, la ingeniería, la fabricación y la construcción (United Nations, 2015).</p> <p>-Las mujeres, en diversos contextos, están excluidas de la toma de decisiones económicas dentro de sus hogares y no hacen uso de de los servicios financieros formales (United Nations, 2015); continúan dependiendo económicamente de sus parejas o familiares varones. Incluso, tienen acceso restringido a la posesión de la tierra (United Nations, 2015).</p> <p>-También, se enfrentan con prácticas discriminatorias en el ámbito laboral, limitando su incorporación a empleos bien remunerados pues ganan 2/3 de lo que los hombres reciben por el mismo empleo (Nani, 2004; Fescina, 2009). Es importante destacar que muchas mujeres no participan en la económica de mercado aunque su participación en el trabajo doméstico representa el 40.5% del PIB (Nani, 2004). Además, muchas de ellas se encuentran desempleadas (Nani, 2004; United Nations, 2015).</p> <p>-Las mujeres están insuficientemente representadas en los puestos de toma de decisiones, es decir, altos</p>
----------------------------------	-----------------------	--

		funcionarios, puestos directivos, legisladores y jefas de estado (United Nations, 2015).
<p>Grupos vulnerables</p>	<p>Adolescentes y jóvenes</p>	<p>-La población joven de 15 a 24 años representa el 25% de la población mundial. A su vez este grupo etario constituyen el 44% de los desempleados; muchos de ellos viven en condiciones de pobreza, sin acceso a servicios básicos y de salud (UNFPA, 2005; USAID, 2009; Fescina, 2009).</p> <p>-Otros aspectos que colocan a esta población como vulnerable es el incremento de los embarazos adolescentes; el aborto inseguro; la morbilidad materna; las prácticas sexuales de riesgo; las restricciones de acceso a métodos anticonceptivos; la propagación del VIH y otras ITS; los movimientos migratorios y la violencia (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Puig, 2008; USAID, 2009; Fescina, 2009).</p> <p>-Sumado a ello la desigualdad en los géneros. Las concepciones culturales sobre la masculinidad y la feminidad conducen a los hombres a asumir riesgos relacionados con la demostración de la hombría y, en el caso de las mujeres, los riesgos se asocian con el proceso reproductivo (UNFPA, 2005).</p> <p>-Se ha identificado a los adolescentes y jóvenes como un grupo prioritario para reducir la pobreza mediante la inversión en su desarrollo humano y social: programas educativos y de alfabetización; participación en la fuerza laboral, acceso a servicios y suministros de SSR (USAID, 2009).</p> <p>-Por lo anterior, es indispensable promover el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de este grupo de la población. Asimismo, se deben eliminar las barreras legales o administrativas que impidan el libre ejercicio de sus derechos, por ejemplo la negativa de proporcionar métodos anticonceptivos alejando que, por su edad, son</p>

		incapaces de tomar decisiones (UNFPA, 2005).
	Grupos étnicos	<p>-La discriminación racial y étnica tiene un arraigo histórico en nuestras sociedades (Fescina, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012), que fomenta las desigualdades de la población en la salud y la distribución y acceso a recursos (UNFPA, 2005).</p> <p>-En el ámbito de la salud se dificulta el acceso a los servicios médicos – incluidos los de segundo y tercer nivel de atención- y cuando se tienen son de menor calidad y no se ajustan a los contextos socioculturales específicos (UNFPA, 2005).</p> <p>-Además, un amplio porcentaje de la población indígena se encuentra por debajo del umbral de la pobreza, es el caso de América Latina en especial en México, Perú, Bolivia, Guatemala, Paraguay y Brasil (UNFPA, 2005). Estos grupos viven en zonas rurales que no cuentan con el desarrollo en materia de infraestructura (UNFPA, 2005).</p>
	Grupos étnicos	<p>-La pertenencia étnica se asocia con otros determinantes sociales de la salud como la pobreza o el género, por ejemplo, las mujeres indígenas tienen mayor probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio o el aborto (UNFPA, 2005).</p> <p>-Así también, este grupo social difícilmente es tomado en cuenta para la discusión, diseño e implementación de políticas públicas en materia de SSR que recuperen la cosmovisión de los pueblos originarios sobre la sexualidad, la reproducción y la pobreza; no se reconocen las especificidades de sus problemáticas ni sus propuestas de solución (UNFPA, 2005; Puig, 2008).</p>
	Pobres	-El Banco Mundial indica que hay una disminución de la pobreza, sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima una disminución de los ingresos, que la desnutrición ha aumentado, así como el desempleo y la pobreza (Cáceres,

	Pobres	<p>2010).</p> <p>-En América Latina uno de los principales desafíos es el combate de la pobreza, puesto que la superación de la misma se ha estacado en los últimos años y el avance en la región no ha sido homogéneo (Nani, 2004).</p> <p>-Se percibe la pobreza como carencia de infraestructura básica –camino, transporte, agua, centros médicos- enfatizando la vulnerabilidad en el ámbito de la salud, la educación y la cultura (UNFPA, 2005).</p> <p>-En estas zonas las tasas de fecundidad y mortalidad son altas, sin embargo la fecundidad supera y compensa la mortalidad; lo anterior tiene un impacto en el ingreso de los hogares debido a las necesidades alimentarias, de salud y de crianza, se limita también el acceso al mercado de trabajo y a la educación. Esta dinámica demográfica se debe considerar como un factor clave en la reproducción generacional de la pobreza (Nani, 2004).</p> <p>-La exclusión social se refleja en la atención a la salud pues 46% de la población no cuentan con seguro de salud, el 25% no tiene acceso permanente a servicios médicos básicos y el 11% de los nacimientos no son atendidos por personal de salud calificado (Fescina, 2009).</p>
Temas focales para las políticas públicas en SSR	Educación sexual y reproductiva	<p>-Implementar la educación sexual integral y científica en el marco de los derechos y con pertinencia etaria y cultural (Nani, 2004, UNFPA, 2005; Wood, 2010; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Proporcionar servicios de asesoría relacionados con la SSR (Puig, 2008; Fescina, 2009).</p>
	Planificación Familiar	<p>-La disminución sostenida de la fecundidad se relaciona con el incremento de la cobertura en educación y la participación en el mercado laboral (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Promover la planificación familiar – accesible y de calidad- para evitar los embarazos no deseados, sobre todo</p>

Temas focales para las políticas públicas en SSR		<p>en los grupos más pobres y vulnerables (Nani, 2004; Puig, 2008; Fescina, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Incrementar los insumos de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia (Puig, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Atender los problemas de la fertilidad (UNFPA, 2005; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Atender de forma oportuna problemas de disfunción sexual (Nicaragua, MINSA, 2007).</p>
	SSR para adolescentes y jóvenes	<p>-Identificar a los adolescentes y jóvenes como grupo prioritario para la atención integral de la SSR (USAID, 2009; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Proporcionar el acceso a métodos anticonceptivos (UNFPA, 2005).</p> <p>-Prevenir y atender el embarazo adolescente y la morbilidad asociada (Nani, 2004; Fescina, 2009; USAID, 2009; United Nations, 2015).</p> <p>-Evitar el aborto inseguro (Fescina y 2009).</p> <p>-Atender la propagación de la epidemia del VIH-SIDA en los jóvenes, en particular en las mujeres y niñas de 15 a 24 años, a través de programas con enfoque juvenil y de género (USAID, 2009; Puig 2008; United Nations, 2015).</p> <p>-Así también se tiene que involucrar a los jóvenes en la SSR como usuarios, acompañantes de sus parejas y agentes de cambio (USAID, 2009)</p>
	Salud materno infantil	<p>-Garantizar el acceso universal a la salud, a los medicamentos y tratamiento para la atención prenatal, durante el parto y posparto (UNFPA, 2005; Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; Puig, 2008; Fescina, 2009; Cáceres, 2010; Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Promoción de la salud neonatal y reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años (UNFPA, 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Fescina, 2009; United Nations, 2015).</p> <p>-Reducción de la muerte materna, si bien las razones de mortalidad han</p>

Temas focales para las políticas públicas en SSR		<p>disminuido aún persisten los decesos evitables en grupos vulnerables: mujeres pobres, en los extremos de la edad reproductiva, con baja escolaridad, indígenas o residentes en localidades rurales que carecen de acceso a los servicios de SSR de calidad (UNFPA, 2005; Wood, 2010; Puig, 2008; Fescina, 2009; Cáceres, 2010; United Nations, 2015). Por lo anterior se observa la necesidad de poner en práctica políticas públicas incluyentes, equitativas y justas para las mujeres (Cáceres, 2010).</p> <p>-Reducir la transmisión vertical del VIH-SIDA, pues el porcentaje de mujeres embarazadas con el virus aumentó del 2004 al 2008, pasó del 19 al 46% (Puig, 2008; Fascina, 2009).</p>
	Eliminar el aborto inseguro	<p>-Las complicaciones de abortos clandestinos representan una de las principales causas de muerte materna, teniendo una fuerte relación con la pobreza (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Wood, 2010; Fescina, 2009).</p> <p>-Legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, en el caso colombiano es un derecho fundamental para las mujeres (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005).</p>
	Epidemia del VIH-SIDA y otras ITS	<p>-Para atender la epidemia es necesario identificar los grupos de mayor vulnerabilidad según el contexto social (UNFPA, 2005; Wood, 2010).</p> <p>-Aumentar la cobertura para la detección de VIH y otras ITS, incluso durante el embarazo (Fescina, 2009; Nicaragua, MINSAs, 2007).</p> <p>-Incrementar la cobertura para el tratamiento de ITS, incluso durante el embarazo (Fescina, 2009).</p> <p>-Aumentar la cobertura de antirretrovirales gratuitos para la población infectada de VIH-SIDA (Puig, 2008; Fescina, 2009; Nicaragua, MINSAs, 2007).</p>
	Prevención del cáncer del cuello uterino y de mama	<p>-El cáncer de cuello uterino y de mama son los principales cánceres en las mujeres, y la mortalidad por estos se asocia a las condiciones de pobreza</p>

		en que viven las mujeres que les impide acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno (UNFPA, 2005; Wood, 2010; Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Fescina, 2009; Nicaragua, MINSA, 2007).
	Participación de los hombres y la comunidad en la SSR	-Participación de los hombres como usuarios de los servicios en SSR y como acompañantes de sus parejas (USAID, 2009; Wood, 2010). -Así también se promueve que la comunidad fomente el cambio social (USAID, 2009; Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012).
	Reconocimiento de la diversidad sexual y las identidades de género	-Reconocimiento de la diversidad sexual y las identidades de género (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005). -Restablecimiento de la atención en SSR para las personas LGBTI y respeto de sus derechos sexuales y reproductivos (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005).
	Fortalecer los sistema de SSR a nivel primario	-Incluir los servicios de SSR básicos en el primer nivel de atención: planificación familiar, salud materna y neonatal, aborto seguro, atención post-aborto, prevención y tratamiento de VIH-SIDA e ITS (Wood, 2010). -Implementar el uso de unidades móviles para acercar los servicios de SSR a comunidades alejadas y grupos vulnerables (Wood, 2010). -Promover la capacitación adecuada de los trabajadores de la salud, incluyendo a las parteras. -Sensibilizar al personal de salud sobre los contenidos de la SSR desde una perspectiva de derechos humanos y equidad de género (Wood, 2010)
	Mejora de los sistema de información sobre SSR	-Mejora de los sistemas de información sobre la SSR, manejo estadístico y uso de indicadores específicos sobre SSR de grupos minoritarios o excluidos como los indígenas, migrantes, afrodescendientes y refugiados (Puig, 2008; Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012).

		-La finalidad de esto es facilitar el diagnóstico, planificación, implantación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas relacionadas con la SSR (Nani, 2004; Fescina, 2009).
<p>Áreas claves para la articulación entre la SSR y la pobreza</p> <p>Las políticas públicas sobre SSR deben articularse con otras esferas para impactar en la reducción de la pobreza y promover una transformación cultural progresiva y a largo plazo (Puig, 2008).</p>	<p>Ámbito Educativo</p>	<p>-La pobreza está relacionada con un bajo nivel educativo y éste con resultados adversos en la salud. Por ello, la inversión y universalización de la educación puede traer impactos positivos en los ingresos, el acceso a recursos y mejoras en la salud y la SSR, por ejemplo: el uso de métodos anticonceptivos, la búsqueda oportuna de atención médica (Nani, 2004; Puig, 2008; USAID, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012; United Nations, 2015).</p> <p>-La educación permite además el ejercicio de derechos, la generación de conciencia, es promotora del diálogo, la discusión y la participación social (Nani, 2004; United Nations, 2015).</p> <p>-Se propone la inclusión de la educación sexual en el sistema educativo formal a pesar de las presiones de grupos conservadores que se oponen a la implementación de esta estrategia (Nani, 2004, Hakkert, et. al., 2012). La educación sexual integral, libre y sin prejuicios puede dotar de herramientas y conocimientos para la toma de decisiones saludables sobre la sexualidad y la reproducción (Puig, 2008).</p>
	<p>Ámbito Laboral</p>	<p>-Promover enfoques para dotar a las mujeres y jóvenes de habilidades técnicas que permitan su participación en el mercado laboral (USAID, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Impulsar la generación de empleos de calidad que garanticen la protección social (Puig, 2008).</p>
	<p>Ámbito de la Salud</p>	<p>-Dirigir la atención primaria a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades (Nani, 2004; Grisales y Giraldo, 2008).</p> <p>-Aumentar la cobertura y financiamiento de los sistemas de salud para garantizar la suficiencia del personal sanitario, de los insumos y de</p>

Áreas claves para la articulación entre la SSR y la pobreza		<p>la infraestructura médica (Grisales y Giraldo, 2008; Puig, 2008; Wood, 2010; United Nations, 2015).</p> <p>-Reforzar la equidad en la atención para todos los grupos vulnerables (Nani, 2004).</p>
	Ámbito Doméstico	<p>-Promover en el ámbito doméstico el poder de participación de las mujeres en la toma de decisiones, control de los ingresos y de sus cuerpos, lo que impactará en la SSR: disminución del embarazo no deseado, la infección de VIH e ITS, entre otros (Puig, 2008; USAID, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
	Empoderamiento de las mujeres	<p>-Las mujeres se enfrentan a los límites que les impone el contexto cultural, en el que las normas de género son rígidas y constriñe su participación en distintos ámbitos (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Por ello, la importancia de fomentar el empoderamiento y la autonomía de las mujeres para que sean sujetos de derechos (Duvvury y Oxhorn, 2012). Se debe propiciar el desarrollo y las capacidades que les permitan disponer de sus cuerpos y ejercer una vida sexual y reproductiva libre, sana y placentera (Puig, 2008).</p> <p>-Así también, se debe promover la equidad de género, por ejemplo en el acceso a recursos materiales, intelectuales e ideológicos (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Wood, 2010; Puig, 2008).</p>
	Violencia contra las mujeres	<p>-Evitar y sancionar las prácticas de violencia contra las mujeres como la violencia sexual, de género, la violación a los derechos humanos y otras tantas manifestaciones violentas (Puig, 2008; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Desarrollo de un marco legal que proteja a las mujeres de la violencia y género mecanismos para su atención (Puig, 2008).</p> <p>-Búsqueda de financiamiento y capacitación de profesionales de la salud para ofrecer atención integral a víctimas de violencia (Puig, 2008)</p>
	Ámbito Legal	<p>-Los derechos sexuales y reproductivos si bien pueden estar amparados en las legislaciones nacionales y los acuerdos</p>

		internacionales vinculantes, pueden no cumplirse o los mecanismos y directrices son poco claros. Por ello, se deben implementar normativas que eviten la discriminación de los grupos vulnerables (Wood, 2010; Hakkert, et. al., 2012; Duvvury y Oxhorn, 2012).
	<p align="center">Crecimiento económico y programas de reducción de la pobreza y la desnutrición</p>	<p>-Para mejorar la SSR y reducir la pobreza se debe fomentar el crecimiento económico, y diseñar programas para la reducción de la pobreza y la desnutrición (Grisales y Giraldo, 2008; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Acceso a servicios públicos como el agua potable y el saneamiento (Cáceres, 2010).</p>
	<p align="center">Presupuestos sensibles al género y otras desigualdades</p>	<p>-Los presupuestos para las políticas públicas en SSR y pobreza deben ser sensibles ante las desigualdades sociales, por ejemplo, la desigualdad de género (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Dar prioridad a los programas dirigidos a grupos vulnerables (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
<p align="center">Aciertos y logros</p>		<p>-Creación de políticas internacionales, regionales y nacionales en el ámbito de la SSR, inscritas en el marco de los derechos humanos y la equidad de género (Wood, 2010).</p> <p>-Implementación de marcos legislativos relacionados con los derechos de los adolescentes, de las mujeres, del aborto. Así como la creación de programas destinados la salud y morbilidad materna, la planificación familiar, entre otros (Wood, 2010).</p> <p>-Acceso a educación sexual la cual tiene un impacto positivo en las prácticas sexuales de los jóvenes: retardando el inicio de la actividad sexual, haciendo uso de métodos anticonceptivos, modificación de actitudes relacionadas con la sexualidad y las normas de género (Wood, 2010).</p> <p>-Promoción de la atención primaria entorno a la SSR (Wood, 2010).</p> <p>-Aprovechamiento de las tecnologías médicas y de la comunicación, las primeras enfocadas en el diagnóstico y</p>

	<p>tratamiento de padecimientos; las segundas en la promoción de la salud, seguimiento de los pacientes y como medio de auxilio ante emergencias – uso del teléfono celular por ejemplo- (Wood, 2010).</p>
<p>Desafíos en la implementación</p>	<p>-Asumir el compromiso político ante los organismos internacionales, por ejemplo con Naciones Unidas en los ODM. Lo anterior implica integrar los objetivos sobre SSR y pobreza en la política y programas nacionales de desarrollo (Grisales y Giraldo, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Identificar los problemas específicos de cada país y al interior de estos para proponer soluciones acordes a las necesidades y recursos de las naciones y localidades; sin dejar de lado los compromisos que conforman la agenda política nacional e internacional (Grisales y Giraldo, 2008; Puig, 2008; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-La implementación de las estrategias y programas en SSR a nivel local o municipal deben articularse con los objetivos de las políticas de mayor alcance, que permitan realizar un seguimiento de las acciones y que los resultados abonen al cumplimiento de las metas establecidas (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-La salud y la SSR –fenómenos multidimensionales- requieren de estrategias que fomenten la intersectorialidad e interinstitucionalidad entre secretarías, ministerios y agencias que promuevan también el desarrollo y la reducción de la pobreza (Grisales y Giraldo, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-De esta forma se puede evitar la duplicidad de las acciones y la fragmentación de la atención, que trae consigo la dificultad de acceso a los servicios, la falta de calidad y el uso irracional de los recursos (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-Extender la protección social en materia de SSR, que ésta sea digna y</p>
<p>Desafíos en la implementación</p>	

<p>Desafíos en la implementación</p>	<p>eficaz y que elimine la exclusión y desigualdades sociales y sus efectos negativos en los grupos de mayor vulnerabilidad social y económica (UNFPA, 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Mejoramiento de la capacidad de respuesta de los sistema de salud y de los programas específicos de SSR (Grisales y Giraldo, 2008).</p> <p>-Además se debe promover el bienestar individual y social (Grisales y Giraldo, 2008).</p> <p>-Eficientar e incrementar el financiamiento público y los efectos de la distribución del gasto en bienes y servicios de salud; así como en bienes y servicios que pueden repercutir en la misma: alimentación, vivienda, educación y saneamiento (UNFPA; 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Fescina, 2009, Wood, 2010).</p> <p>-Implementar estrategias para mitigar el impacto de la reducción de inversiones y financiamientos en SSR y otros programas de desarrollo social en periodos de crisis económicas, que tienen efectos en los niveles de pobreza y en los grupos desfavorecidos se acrecientan las desigualdades sociales (Wood, 2010).</p> <p>-Eficientar los sistemas de información ya que las estadísticas disponibles dan muestra de las brechas en cuanto a los registros sobre salud y SSR. A su vez mejorar los indicadores de salud indispensables para definir y planificar las políticas y programas a seguir (Grisales y Giraldo, 2008; Fescina, 2009).</p> <p>-En relación con lo anterior, el desafío de definir y medir los alcances y logros en materia de SSR puesto que implica diversos ámbitos de acción (Wood, 2010).</p> <p>-Promover el empoderamiento de los grupos vulnerables –mujeres, pueblos indígenas, jóvenes, pobres- para que sean concebidos como sujetos de derechos y autonomía evitando así las políticas públicas “paternalistas” (Nani, 2004; Puig, 2008). A su vez se deben</p>
---	---

	<p>abrir espacios y establecer mecanismos de participación en la definición y seguimiento de la agenda política en materia de SSR (Puig, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Dar a conocer a la población las políticas nacionales, programas y estrategias vigentes para que puedan acceder a los derechos, beneficios o actividades que se prevén en éstas. Por ello, la relevancia de la participación de los medios de comunicación y la sociedad civil para fomentar la definición, la revisión y monitoreo, la difusión y el debate público sobre las políticas (Puig, 2008; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-Tomar en cuenta las desigualdades que influyen en la participación de la población, así como en la difusión y "entendimiento" de los contenidos de las políticas públicas (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-Reconocer que el logro o fracaso de la agenda política está relacionado con las concepciones culturales sobre la salud, la sexualidad y la SSR y la normatividad de género (Puig, 2008). Las acciones que se derivan de las políticas pueden traer consigo enfoques de transformación cultural; por ejemplo el reconocimiento de la diversidad sexual y los derechos de las personas LGBTI (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2015).</p> <p>-También, se puede acarrear incomodidades en sectores de la población con tendencias conservadoras que frenen el avance en materia de la salud y derechos sexuales y reproductivos, ya que las interpretaciones sobre la sexualidad dependen del contexto cultural desde el cual se parte, por ello la dificultad de abordar el aborto seguro, los derechos reproductivos y la planificación familiar (Greene y Merrick, 2005; Puig, 2008; Wood, 2010).</p> <p>-Promover la generación de instancias que realicen un seguimiento de la</p>
--	---

	<p>eficiencia de las políticas públicas, programas y estrategias en SSR a nivel local y nacional, y garanticen el respeto de los derechos individuales y la aplicación de las leyes vigentes; por ejemplo la inclusión de la educación sexual en el sistema educativo o el acceso al aborto más allá de las presiones de sectores conservadores y de los factores ideológicos, religiosos y culturales (Nani, 2004).</p>
<p>Políticas públicas</p>	<p>Definición y algunos criterios</p> <p>-Las políticas públicas son la respuesta gubernamental a problemas sociales o asuntos públicos, en ellas se asientan las posturas políticas, los programas, normas, acciones e intervenciones a seguir y la viabilidad y factibilidad de las mismas (Grisales y Giraldo, 2008). -Pueden tener las siguientes características: contenido, programa, orientación normativa, factores de coerción y competencia social. Y se traducen en normas, instituciones, prestaciones, bienes y servicios (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; Grisales y Giraldo, 2008). -Las políticas públicas están vinculadas con los planes nacionales de desarrollo en un nivel superior; también se articulan con los programas regionales o municipales (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005). -En el planteamiento de las políticas públicas debe incluirse el reconocimiento de las desigualdades y la diversidad social para proponer estrategias que permitan mitigar sus efectos en los grupos beneficiarios de las mismas (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005).</p>
<p>Políticas públicas</p>	<p>Definición y algunos criterios</p> <p>-En el ámbito de la SSR las políticas públicas contemplan acciones encaminadas a la promoción, prevención y atención de la enfermedad con el objetivo de proteger la salud individual y la salud pública. -Se basan, además en la coordinación intersectorial e interinstitucional (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005).</p>

<p>Políticas públicas</p>	<p>Políticas Nacionales y su impacto Local</p>	<p>-Las agendas nacionales sobre desarrollo y salud (y SSR) incorporan en sus políticas y programas públicos los compromisos adquiridos en los ODM, adaptándolos a sus problemáticas sociales; por ejemplo en Colombia se generó el Plan de choque contra la mortalidad materna cuyo objetivo es lograr la reducción de la mortalidad evitable en un periodo de 4 años; mientras tanto en Haití se implementó el Proyecto de cuidados obstétricos gratuitos para eliminar la barrera "económica" de acceso a la atención calificada del parto (Grisales y Giraldo, 2008; Fescina 2009).</p> <p>-Estas políticas deben sostenerse de la Constitución Política o de marcos legales para garantizar la inclusión en los planes nacionales y locales de desarrollo y de salud (Nani, 2004; Grisales y Giraldo, 2008).</p> <p>-Además deben articularse con otros sectores e instituciones, es decir, se deben proponer metas intersectoriales e interinstitucionales en materia de SSR, educación, pobreza, entre otros (Nani, 2004; Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005; Grisales y Giraldo, 2008).</p> <p>-Por otro lado, es responsabilidad de las instancia locales o municipales desarrollar proyectos o actividades sobre la SSR que estén contempladas en los planes nacionales de salud y desarrollo (Rodríguez-Vargas y Molina-Berrio, 2005).</p>
<p>Políticas públicas</p>	<p>Papel de las Instituciones</p>	<p>-Las instituciones gubernamentales deben promover leyes, políticas y reglamentos en favor de los derechos y la SSR, inscritos en el marco de los derechos humanos, la equidad de género y la imparcialidad (Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012). Lo cual debe corresponder con los lineamientos de los organismo internacionales como las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial (USAID, 2009).</p>

	<p>Papel de las Instituciones</p>	<p>-Así también las instituciones relacionadas con la economía, la educación, la política, el estado y la religión están implicadas –directa o indirectamente- en el proceso y diseño de las políticas públicas en SSR, por ejemplo: el acceso de las mujeres al empleo les permite tener ingresos propios; las instituciones religiosas pueden apoyar políticas de corte conservador, o el acceso de las mujeres a la representación política puede influir en la presentación de iniciativas que reduzcan las brechas de género (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Sin embargo, en algunos casos son las instituciones los principales obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos debido a sus resistencias a la transformación social y el arraigo a normas sociales y culturales inequitativas (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-En el diseño e implementación de políticas públicas deben quedar explicitados los enfoques sobre SSR y género que pueden conducir a resultados diversos, incluso el incumplimiento de los objetivos y metas propuestas (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
	<p>Sociedad Civil</p>	<p>-La sociedad civil ha impulsado reformas y cambios en las concepciones sobre la sexualidad y la SSR a través de movimientos sociales, formación de ONG o AC. La sociedad civil se ha vuelto un agente de cambio social en el ámbito local, nacional e internacional (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Lo anterior a través de la interacción con las instituciones sociales y gubernamentales, en donde se ha exigido el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos y se han cuestionado normas culturales y de género (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-La sociedad civil ha sido artífice de la mejora en la SSR y su impacto en la reducción de la pobreza (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>

	<p>Sociedad Civil</p>	<p>-Los movimientos de mujeres son ejemplo de la importancia de la sociedad civil para la generación de cambios sociales, pues se ha promovido la igualdad de género desde el marco de los derechos humanos, el acceso a métodos anticonceptivos, al aborto seguro, entre otros (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012). Así también el movimiento LGBTI promueve la no discriminación e inclusión social de las personas LGBTI (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005).</p> <p>-Es indispensable que la sociedad civil participe en el diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas, para ello, el Estado debe promover y establecer los mecanismos de participación ciudadana (Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; UNFPA, 2005; Puig, 2008).</p> <p>-Así también, la sociedad civil puede establecer lineamientos para la vigilancia y protección de los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos independientemente de su pertenencia étnica, edad, creencias religiosas, orientación sexual, estatus socioeconómico, escolaridad, entre otros (Puig, 2008).</p> <p>-Es importante destacar que la sociedad civil está conformada por diversos grupos que poseen necesidades particulares, y en ocasiones tienen intereses opuestos o compiten por la asignación de recursos, lo que limita la agenda e incidencia de algunos grupos trayendo consigo resultados positivos o negativos en la SSR (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
	<p>Marco</p>	<p>-Los vínculos conceptuales entre la SSR y la pobreza son históricos y se remontan al periodo en que la disminución de las tasas de fecundidad se observaba como una estrategia eficaz para reducir la pobreza (UNFPA, 2005; Hakkert, et. al., 2012). Sin embargo, esta perspectiva</p>

<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>		<p>fue reinterpretada en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la equidad de género pasando de un enfoque demográfico y médico a ser entendido como un proceso sociocultural asociado a valores, creencias, actitudes y comportamientos (UNFPA, 2005).</p> <p>-A partir de los acuerdos internacionales se ha establecido y visibilizado una relación entre la SSR y la reducción de la pobreza (Greene y Merrick, 2005; Wood, 2010; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-La SSR es un determinante importante de la pobreza y la pobreza un factor determinante de la SSR, lo que se traduce en un círculo vicioso que profundiza o perpetúa la pobreza (Duvvury y Oxhorn, 2012). Este proceso de “autodeterminación” se inscribe en las interacciones entre las instituciones (estatales, políticas, familiares, legales, económicas y religiosas), la normatividad de género, las concepciones culturales sobre la sexualidad y la SSR y el respeto a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-En este sentido, es viable que las políticas destinadas a mejorar el acceso y calidad de la SSR pueden impactar en la reducción de la pobreza, siempre y cuando se retome en el diseño y la implementación las normas sociales y las instituciones que influyen en la SSR para identificar los posibles obstáculos y/o promover cambios en las mismas (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>		<p>-Diversos estudios se han llevado a cabo para conocer cómo las políticas e intervenciones en SSR reducen la pobreza; muchos de ellos han retomado los contextos africanos, del sur de Asia, de América Latina y, en menor medida, se ha estudiado el Norte de América y Europa. Las principales metodologías de acercamiento han sido las revisiones</p>

<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p>de estadísticas nacionales y el nivel de análisis fue macro. Las principales temáticas de la SSR que se han abordado son las siguientes:</p> <p>Tasas de fertilidad y embarazo no deseado</p> <p>-Autores como Darkwah en 2011 y Heringer en 2011 señalaron que la educación y los ingresos son factores que inciden en el número de hijos que tienen las mujeres, en la búsqueda de atención médica y el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, DeJong y Meyerson-Knox en 2011 mostraron que en contextos rígidos por la normatividad de género los altos niveles de educación no impactan positivamente en la SSR (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Autores como Ahlberg (1994) y Desai (1995) indicaron que el tamaño de la familia tiene un efecto en la pobreza y se relaciona con el desarrollo económico, el ciclo de la vida familiar, el espaciamiento de los hijos y los programas del gobierno relacionados con la educación y la salud (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Las altas tasas de fertilidad limitan la participación de las mujeres en el mercado de trabajo debido a la necesidad de cuidados durante la crianza; lo que impacto en los ingresos propios y del hogar y por lo tanto se merman las capacidades de las mujeres para negociar sus derechos dentro de sus hogares; lo cual puede vulnerar su SSR (embarazos no deseados, morbilidad o mortalidad materna, violencia, entre otros) y perpetuar sus condiciones de pobreza (Duvvury y Oxhorn, 2012). Por ello, los programas de planificación familiar pueden promover el acceso a las mujeres a otros ámbitos como el mercado laboral y así mejorar sus condiciones de vida (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Se considera que si se elimina la fecundidad no desea se tendría un efecto en la reducción de la pobreza y</p>
<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p></p>

<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p>los ingresos de los pobres se incrementarían entre un 10 o 20% (Hakkert, et. al., 2012). -Es necesario, implementar políticas relacionadas con la planificación familiar puesto que la reducción en la fecundidad permite que las familias inviertan en la educación, alimentación y salud de los niños (Wood, 2010; Hakkert, et. al., 2012). Por otro lado, Padmadas, Hutter y Willekens (2004) señalan que las mujeres podrían incorporarse al mercado laboral una vez que han conformado su familia (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>Embarazo adolescente</p> <p>-La maternidad temprana contribuye a mantener el ciclo de la pobreza, se asocia con la interrupción escolar y limita las oportunidades de empleo para las mujeres. Se agudiza así la feminización de la pobreza y la jefaturas de hogar femeninas son más frecuentes (Greene y Merrick, 2005; Puig, 2008; Hakkert, et. al., 2012; United Nations, 2015). -Debido a la inmadurez fisiológica y la posición social subordinada, las mujeres adolescentes enfrentan mayores riesgos de muerte y discapacidad relacionadas con un embarazo precoz (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>Morbimortalidad materna</p> <p>-La OMS estima que el 42% de las mujeres que dan a luz al año sufren de alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio; de ellas un porcentaje importante puede desarrollar discapacidades a largo plazo. Koblinsky en 1993 señaló que muchas de estas mujeres no pueden continuar con sus actividades diarias lo que favorece que vivan en condiciones de pobreza (Greene y Merrick, 2005). -Algunas de las complicaciones que se han documentado son las fistulas obstétricas en mujeres jóvenes (Hilton en 2003); prolapso e infecciones en vías urinarias por complicaciones</p>
<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p></p>

<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p>obstétricas mal atendidas sobretodo en contextos rurales (Jattab en 1999), y morbilidades asociadas a la práctica de un aborto inseguro (AbouZahar y Ahman en 1998) (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Miller (1991), Merkers y Ahmed (1999), Conde Agudelo y Belizán (2000) señalan que las mujeres que tienen un alto número de gestas en intervalos cortos tienen mayor riesgo de padecer alguna discapacidad o de morir durante el proceso reproductivo por padecimientos asociados a las hemorragias, ruptura prematura de membrana y anemia (Greene y Merrick, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Por otro lado, la muerte materna es un indicador de desarrollo sensible ante las diferencias socioeconómicas e inequidades sociales, puesto que las defunciones maternas en su mayoría pueden ser prevenidas (Greene y Merrick, 2005; UNFPA, 2005). Sin embargo, se carece de evidencias sustanciales del impacto en la economía de las familias (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Se considera que la duplicación del financiamiento en SSR permitiría reducir en 70% la mortalidad materna, al mismo tiempo se podría acelerar el progreso en otras áreas de la salud, los derechos humanos y la reducción de la pobreza (Wood, 2010).</p> <p>Cáncer cervico uterino</p> <p>-Las mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer cervico uterino son aquellas que no cuentan con las oportunidades suficientes para prevenir, acceder a un diagnóstico y tratamiento oportunos, por ello para revertir su incidencia se deben invertir en programas de SSR lo que impactaría en la reducción de la pobreza (UNFPA, 2005).</p> <p>VIH-SIDA</p> <p>-Los investigadores: Rao (2003) y Walque (2007) coinciden en señalar la importancia de la información y sensibilización en materia de la SSR</p>
---	---	--

<p>Vinculación SSR y reducción de la pobreza</p>	<p>Evidencias y/o relaciones</p>	<p>dirigidos a grupos vulnerables -las prostitutas y los jóvenes- para hacer uso del condón y retardar el inicio de la primera relación sexual y así combatir la transmisión de VIH y otras ITS (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Se ha observado el impacto económico de la epidemia de VIH/SIDA, en la productividad de los trabajadores, en la escolarización y en la formación de capital humano (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-La mortalidad derivada del VIH-SIDA tienen efectos negativos en la pobreza: se reduce la participación de mujeres y hombres en el mercado laboral y por tanto no se generan ingresos; se incrementan los gastos médicos en la atención y los medicamentos, además del costo de los funerales. También, se impacta en la dinámica familiar por la necesidad de un cuidador para el enfermo, quien tiene que salir del mercado laboral o dejar de desempeñar otras actividades para acompañar al paciente (Greene y Merrick, 2005; Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p><i>SSR y el impacto intergeneracional de la pobreza</i></p> <p>-Save the Children mencionaron, en el año 2004, que los hijos de madres -niñas y adolescentes- tienen más probabilidades de nacer prematuros, con bajo peso y de morir durante el primer año vida. También, tienen menos posibilidades de recibir una nutrición y cuidado adecuados y de acceder a la educación (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Las mujeres que tuvieron embarazos consecutivos y cuentan con bajos ingresos pueden limitar los recursos a invertir en el capital humano de sus hijos, trayendo como consecuencia la desnutrición y bajo acceso a la educación lo que reduce sus posibilidades de salir de la pobreza en la edad adulta (Greene y Merrick, 2005; Puig, 2008; Duvvury y Oxhorn, 2012). Así también, Miller (1991) y Conde</p>
---	---	---

		<p>Agudelo y Belizán (2000) señalan que los hijos nacidos vivos tienen mayores probabilidades de morir durante el periodo neonatal (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-En este sentido Barker (1998) y Maccini y Yang (2009) han señalado la importancia de la programación fetal y del entorno infantil temprano en la trayectoria de vida de los niños hasta la edad adulta, por ello se tiene que promover la atención prenatal y nutricional en la madre. La SSR tiene un impacto en la preparación de las futuras generaciones (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>- Schultz (1993), Lloyd y Gage-Brandon (1994) y Foster y Roy (1997) señalan que los padres con muchos hijos están en condiciones adversas para favorecer la educación de sus hijos, lo que se agrava en los hijos mayores y las mujeres, pues tienen que salir de la escuela para apoyar en la crianza de los hermanos más jóvenes y en la economía familiar (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Los hijos, producto de embarazos no deseados, tienen mayores posibilidades de que no recibir atención prenatal y una vez que nacen se reducen sus posibilidades de acceder a la educación, esto fue señalado por diversos estudios – Meekers en 1994, Myhrman en 1995, Gruber, Levine y Staiger en 1999 y Acharya en 2004- (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Con respecto a la mortalidad materna, D'Souza (1994), Strong (1998), Ainsworth y Semali (1998) y Gertler, Martínez, Levine y Bertozzi (2003) coinciden en señalar que los hijos-huérfanos están propensos a morir durante el primer año de vida, situación que se agrava si son niñas; también tienen un estado nutricional deficiente y menores tasas de escolaridad o abandono escolar (Greene y Merrick, 2005).</p>
--	--	---

	<p>-Además, la epidemia del VIH-SIDA tiene un efecto intergeneracional en la pobreza por el número de huérfanos que ven limitadas sus posibilidades de desarrollo al fallecer uno o ambos padres por causas asociadas al virus. Incluso, algunos de ellos están infectados lo que les conduce a un escenario de mayor vulnerabilidad social (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>La carga de enfermedad en SSR</p> <p>-Según datos del Banco Mundial la carga de enfermedad en SSR es del 22% para las mujeres y sólo 3% para los hombres, lo que se asocia a sus prácticas en torno a la sexualidad y otros aspectos socioculturales como la normatividad de género (UNFPA, 2005). La muerte y discapacidad relacionados con la SSR representó un tercio de la carga de enfermedad para las mujeres en edad reproductiva, por ello la importancia de promover la atención prenatal y el aborto seguro para reducir la mortalidad materna, la prevalencia de las ITS, entre otros aspectos (Wood, 2010).</p> <p>El empoderamiento de las mujeres</p> <p>-Las condiciones desiguales en que viven las mujeres como la violencia, los abusos, la baja escolaridad, la explotación laboral y la falta de empoderamiento para decidir sobre su cuerpo y sexualidad obstaculiza la erradicación de la pobreza extrema (Puig, 2008). Por ejemplo, en el año 2010 Asharf, Campo y Lee señalaron que las mujeres en Zambia deben contar con el consentimiento de sus parejas para acceder al control natal, a pesar de que las leyes han abandonado esta práctica. A manera de contraejemplo, Li en el 2004 mostró que en los hogares de China que tienen una división más equitativa de las actividades domésticas y la comunicación de pareja es efectiva, las mujeres tienen mayores probabilidades de recibir atención prenatal adecuada (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p>
--	--

		<p>-La normatividad de género puede promover la violencia hacia las mujeres lo que afecta directamente su SSR; también puede impactar en la pobreza pues se establece un acceso limitado a ingresos y recursos educativos, restringiendo las oportunidades de las mujeres para mejorar sus condiciones de vida (Duvvury y Oxforn, 2012).</p> <p>Como se puede observar la SSR de las mujeres tiene un impacto en el nivel educativo, el acceso al mercado laboral, el acceso a otro tipo de recursos que promuevan el desarrollo de capacidades y en los gastos de la salud en general. Estos factores se relacionan con la pobreza de manera directa en las mujeres y en sus hogares, y de forma indirecta con el desarrollo en general. Por otro lado, dado el lugar social que ocupan ellas en nuestras sociedades, sus condiciones de salud influyen en las vidas de sus hijos y en sus posibilidades de vivir o no en la pobreza.</p>
	<p>Dificultades para establecer causalidades</p>	<p>-La investigación rigurosa y amplia sobre los vínculos entre la SSR y la reducción de la pobreza es escasa debido a la dificultad de conceptualizar el estado de salud en el ámbito sexual y reproductivo, así como incorporar la multidimensionalidad de la pobreza (Greene y Merrick, 2005).</p> <p>-Existencia de múltiples limitaciones en la cuantificación de la SSR: selección de indicadores sensibles, dificultad para interpretar y realizar un seguimiento a largo plazo (UNFPA, 2005). Se omite la implementación de la perspectiva de género así como la recuperación de dimensiones como la etnia y la generación que permitirían una mayor comprensión de los indicadores sobre SSR y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad (UNFPA, 2005).</p> <p>-Se requieren evidencias contundentes que demuestren que las estrategias en SSR contribuyen a la reducción de la pobreza (UNFPA, 2005; Wood, 2010,</p>

Otros enfoques	Bioética	<p>-Retomar el enfoque de la bioética permitirá lograr una mayor comprensión de los impactos de las políticas públicas relacionadas con la SSR y la población e identificación de sus fundamentos ideológicos y objetivos en el establecimiento de objetivos, acciones y fines (Rentería, 2002).</p> <p>-Identificación de políticas públicas discriminatorias y de control que no se han traducido en mejorar los niveles de bienestar ni en la reducción de la pobreza (Rentería, 2002).</p>
	Salud Intercultural	<p>-Importancia de las concepciones culturales relacionadas con el género – como principio organizador de la vida social, económica, política y social-, el placer sexual, la reproducción – valoración de la capacidad reproductiva así sea en embarazos no deseados o fuera del matrimonio- y la atención cultural del parto para determinar la eficacia de las políticas públicas en grupos étnicos, así como las afectaciones en su cosmovisión derivadas de la incorporación de dichas políticas (Valdebenito, et. al., 2006).</p>

TEMAS PRIORITARIOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PROBLEMÁTICA	<p>Aspilcueta (2013) señala la marginación de los hombres de Perú en el diseño e implementación de programas de salud reproductiva que están dirigidos para las mujeres, que si bien los hombres participan como acompañantes de sus parejas durante el embarazo y el parto lo que contribuye a la reducción de la muerte materna, esta marginación se reitera con el funcionamiento de los servicios de salud. En su estudio el autor muestra que los hombres inician su vida sexual activa alrededor de los 17 años –de manera más temprana que las mujeres-, si bien el 98% de los hombres declara conocer algún método anticonceptivo moderno y el 88% uno tradicional no se tiene la certeza de que su conocimiento sea el adecuado ni que se relacione con el uso, pues esta cifra contrasta con el uso de los métodos ya que el 54% de los varones utilizan algún método anticonceptivo, cerca del 40% hacen uso de métodos modernos –sobre todo en zonas urbanas- y el 14.5% hacen uso</p>

	<p>de métodos tradicionales, que son más populares en las zonas rurales.</p> <p>Mayor conocimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, hombres de en zonas urbanas que rurales lo cual se relaciona con la disponibilidad de información y el acceso a métodos anticonceptivos modernos (Aspilcueta, 2013). El uso del condón es más frecuente en hombres urbanos que en rurales (Aspilcueta, 2013). Considerando el grupo etario Aspilcueta (2013) señala que son los adolescentes los que tienen un bajo uso de métodos anticonceptivos –soltería y escasa actividad sexual-; también en los hombres mayores de 50 años se observa que decrece el uso de anticonceptivos a pesar de que esta población declara tener una vida sexual activa.</p> <p>Se estima que 222 millones de personas en el mundo no utilizan métodos de anticoncepción modernos. Gutiérrez (2013) reconoce la existencia de barreras sociales, culturales, políticas y religiosas que impactan en la necesidad insatisfecha de programas de planificación familiar que le impiden tanto a hombres como mujeres decidir sobre su sexualidad y reproducción. Esto sobre todo en los grupos de mayor pobreza, zonas selváticas y rurales.</p> <p>También se señalan algunos factores individuales que se relacionan con la demanda insatisfecha: sensación de tener poco riesgo de un embarazo, no contar con información veraz, pensar que después de un aborto las posibilidades de un nuevo embarazo son menores, al igual durante la amenorrea posparto, tener relaciones sexuales desprotegidas después de tomar anticoncepción oral de emergencia (Gutiérrez, 2013).</p> <p>Uno de los debates centrales cuando se habla de planificación familiar se relaciona con el acceso a la anticoncepción oral de emergencia -Perú (Pretell- Zárate, 2013), en México (Lara, et. al., 2007) y Chile (Faúndes, 2013). A pesar de que la evidencia científica ha demostrado que esta píldora impide la fecundación del ovulo a través de diversos mecanismos: impedimento del desplazamiento de los espermatozoides pues se altera el espesamiento del moco cervical, dificulta la adhesión del espermatozoide al ovulo, inhibición o postergación del proceso de ovulación, en distintos contextos su uso ha sido limitado, incluso se ha penalizado o prohibido su distribución debido a que puede provocar un tercer mecanismo de acción que consiste en la alteración del endometrio lo que actuaría sobre la anidación</p>
--	---

del óvulo ya fecundado, sin embargo no hay certidumbre científica al respecto (Pretell- Zárate, 2013; Faúndes, 2013).

En Perú la anticoncepción oral de emergencia no se ha implementado plenamente en los servicios de salud del sector público debido a las acciones de grupos opositores que consideran que la AOE tiene un efecto abortivo, por lo que sólo las mujeres con recursos económicos pueden acceder a esta (Pretell- Zárate, 2013). Su inclusión limitada desde 2001 respondía a las altas tasas de embarazos no deseados (56%), de los cuales 25% eran de adolescentes y el 50% se concentraban en hogares en pobreza o pobreza extrema, también debido a la cifra de abortos clandestino y la tasa de mortalidad materna debido a complicaciones del mismo (Pretell- Zárate, 2013).

En Chile en el año 2010 se restableció su disponibilidad en los servicios de salud públicos después de que en el 2007 se prohibiera su distribución por el Tribunal Constitucional (Faúndes, 2013). En este mismo estudio Faúndes (2013) destaca que la demanda de la píldora del día después está relacionada con tres variables socioeconómicas: estatus económico, nivel educativo y zona de residencia. La demanda es mayor en el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, que viven en comunas de ingresos bajos, sin educación secundaria completa y residente de zonas rurales, usuarias de los servicios públicos de salud. Es importante señalar que en el caso de las menores de 14 años los prestadores de los servicios de salud se ven obligado a informar a los padres o tutores lo que se traduce en una barrera de acceso. "Pareciera ser así que el acceso y uso de métodos de prevención del embarazo queda supeditado a las desigualdades y exclusiones propias de la estructura socioeconómica del país, en especial entre los sectores adolescentes (Rodríguez; Di Cesare, 2010)" (Faúndes, 2013:130).

En México la inclusión de la pastilla de anticoncepción de emergencia se debió a la revisión de evidencia científica que comprueba que no tiene efectos abortivos, el apoyo de la sociedad civil y la demanda y aceptación de la población por lo cual se incluyó en el cuadro básico de medicamentos en el año 2005 (Lara, et. al., 2007). La introducción de la PAE estuvo relacionada con la atención que se brindaba a mujeres víctimas de violencia sexual (Lara, et. al., 2007).

Otro aspecto que limita el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres es la oposición de sus parejas – aunque

	<p>cada vez más los hombres están decidiendo sobre su reproducción y métodos anticonceptivos-; violencia, violencia sexual, abandono, exclusión social y creencias religiosas (Aspilcueta, 2013)</p>
RELACIÓN CON LA POBREZA	<p>Se ha reconocido, desde la conferencia del Cairo, la planificación familiar como una estrategia de salud que puede traer resultados benéficos en el desarrollo de las naciones, puesto que estos programas tienen un impacto en la disminución del embarazo no deseado, prevenir abortos inducidos y la muerte materna, prevención de infecciones de transmisión sexual; además de ello repercute en la mejora de la salud infantil, mejora el acceso a la educación de los niños, fomentan el empoderamiento de las mujeres, alivia la pobreza, mejora el ambiente (Gutiérrez, 2013).</p> <p>-Mayor uso de métodos anticonceptivos modernos en hombres que viven en zonas urbanas y de edad adulta (Aspilcueta, 2013).</p> <p>-Permite limitar el tamaño de las familias para lograr una distribución más adecuada de recursos, se genera una mayor capacidad de ahorro (Gutiérrez, 2013).</p> <p>-Los embarazos no deseados que se presentan en edad escolar están relacionados con la deserción escolar, lo que impacta además en una menor productividad laboral y menores ingresos. En contraste las mujeres con mayor escolaridad hacen un mayor uso de métodos anticonceptivos (Gutiérrez, 2013).</p> <p>-La disminución sostenida de la fecundidad se relaciona con el incremento de la cobertura en educación y la participación de las mujeres en el mercado laboral (Duvvury y Oxhorn, 2012).</p> <p>-Los países con menores tasas de fecundidad tienen una mayor productividad, mayores inversiones y crecimiento económico. Además los programas de planificación familiar están relacionados con todos los ODM: mitiga la pobreza, mayor acceso de los niños a los servicios educativos, promueve la equidad de género, reduce la mortalidad infantil y materna, desacelera la propagación del VIH/SIDA, y ayuda a proteger el medio ambiente (Gutiérrez, 2013)</p>
PROPUESTAS	<p>-Reconocer a los hombres y mujeres como sujetos de derechos, que pueden hacer uso cotidiano de sus derechos sexuales y reproductivos amparados en la equidad e igualdad de géneros que quedó asentado como compromiso en la Conferencia del Cairo en 1994 (Aspilcueta, 2013; Gutiérrez, 2013).</p>

	<p>-Promover la planificación familiar para evitar los embarazos no deseados, abortos inseguros, morbimortalidad materna, sobre todo en los grupos más pobres, con baja escolaridad, residentes de zonas rurales o marginales y en otras condiciones de vulnerabilidad social (Nani, 2004; Puig, 2008; Fescina, 2009; Duvvury y Oxhorn, 2012; Pretell-Zárate, 2013; Faúndes, 2013).</p> <p>-Incrementar y ampliar la gama de los insumos de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, para tener una mejor salud sexual y reproductiva, así como una sexualidad sana y plena (Puig, 2008, Wood, 2010; Pretell-Zárate, 2013; Gutiérrez, 2013). La anticoncepción de emergencia se observa como un método eficaz para prevenir el embarazo no deseado y el embarazo en adolescente, así como un medio para atender la violencia sexual (Lara, et. al. 2007; Faúndes, 2013).</p> <p>-Disminuir la brecha de necesidad insatisfecha, así como en los métodos anticonceptivos modernos proporcionados por el sector público y privado.</p> <p>-Fomentar la participación de los hombres en la construcción de programas y servicios de anticoncepción, tomando en consideración las representaciones sociales que relacionan la masculinidad con la paternidad (Aspilcueta, 2013).</p> <p>-Promover la maternidad y paternidad responsables como un derecho fundamental (Gutiérrez, 2013; Nicaragua, MINSA, 2007).</p> <p>-Por otro lado, se considera que se debe promover el acceso a la educación, a los servicios de salud y de salud sexual y reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos. También se debe promover la equidad de género y atender la violencia sexual que se relacionan con el embarazo no deseado debido al limitado poder de negociación de las mujeres (Aspilcueta, 2013).</p>
TEMAS PRIORITARIOS	SALUD MATERNA Y PREVENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA
PROBLEMÁTICA	<p>Debido a la alta incidencia de la mortalidad materna en países, principalmente en desarrollo, las Naciones Unidas han centrado sus intervenciones en mejorar la salud materna, lo que quedó asentado en el quinto objetivo de los ODM (Gil, et. al., 2006).</p> <p>Disminución de la muerte materna en un 45% en relación con el año de 1990, a pesar de ello 800 mujeres mueren todos los días por causas obstétricas, de las cuales el 99% pudieron ser evitables, estas muertes se producen en países con ingresos</p>

	<p>bajos y medianos (WHO, 2015; Elu y Santos, 2004; Piane y Clinton 2014; WHO, 2015).</p> <p>Así también la razón de mortalidad materna es desigual en distintas regiones y sectores vulnerables de la sociedad lo que muestra una relación con las condiciones de pobreza (Elu y Santos, 2004; Nyamtema, et. al., 2011). En México, por ejemplo, las entidades con mayor tasa de mortalidad materna eran aquellos con menor desarrollo económico, con mayor población indígena (Elu y Santos, 2004). En su estudio realizado en la región de Ica en Perú Ybaseta (2011) identifico una serie de factores que se asociaron con la mortalidad materna: características de la madre (no identificación de los signos de alarma, embarazos no deseados, complicaciones prenatales), factores socioculturales (pobreza extrema y vivir con pareja), y factores relacionados con los servicios de salud (controles prenatales por no profesionales, parto atendido por partera y pacientes referidos en estado crítico).</p> <p>En este sentido Elu y Santos (2004) señalan la importancia de atender los factores socioculturales que se potencializan los efectos de la pobreza en la muerte materna, aspectos que son poco retomados en el diseño de políticas y programas de salud. Por otro lado, es importante considerar la mortalidad materna tardía y el impacto de la morbilidad materna, datos que difícilmente son recuperados debido al subregistro, por ello la importancia de las autopsias verbales como un instrumento para recuperar este tipo de información.</p>
<p>RELACIÓN CON LA POBREZA</p>	<p>Para lograr una mayor comprensión del fenómeno de la mortalidad materna las investigaciones deben encaminarse a los factores macro estructurales: económicos, políticos y sociales, y no únicamente a factores clínicos (Elu y Santos, 2004; Gil, et. al., 2006). Se ha establecido una relación entre la mortalidad materna y el ingreso per cápita, el producto interno bruto y el nivel educativo; así también la estabilidad política, los gobiernos democráticos, y factores culturales; lo anterior puede limitar a las mujeres en el acceso a los servicios de salud de forma oportuna (Gil, et. al., 2006)</p> <p>Elu y Santos (2004) señalan a la pobreza como factor estructural de la mortalidad materna debido a que limita el acceso a derechos como la alimentación, vivencia, educación, entre otros. Situación que se replica en otros contextos en donde se observa que con el incremento de la pobreza la muerte materna tiene una tendencia hacia el crecimiento.</p> <p>Entre los factores socioculturales destacan la discriminación e inequidad de género (subvaloración en relación con lo</p>

	<p>masculino, baja autoestima, falta de poder para tomar decisiones, vinculación de la identidad femenina y la maternidad), violencia doméstica. Factores que se relacionan con las demoras que impiden prevenir riesgos durante el embarazo y acceder de forma oportuna a los servicios de salud de calidad.</p> <p>Paine y Clinton (2014) señalan que una de cada 100 mujeres que mueren por causas obstétricas viven en países con altos niveles de pobreza que limita el acceso a los servicios de salud, a recibir atención médica de calidad, señalan además la desnutrición, el aborto inseguro, la existencia de otros padecimientos de salud. Se destaca que un alto porcentaje de las muertes maternas son evitables –prevenibles y tratables–. Un estudio en China muestra una revisión de las poblaciones que estaban en condiciones de desigualdad en relación con la salud materna encontrándose factores como el uso diferenciado de los servicios de salud materna según las regiones y los ingresos económicos, el nivel educativo y la pertenecía étnica aunque algunas de estas desigualdades se están reduciendo (Yuan, et. al., 2013).</p>
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>Kidney et. al. (2009) realizaron una revisión sistemática sobre el efecto de intervenciones realizadas a nivel comunitario cuyo objetivo fue reducir la mortalidad materna en los años de 1982 hasta el 2006 concluyendo que este tipo de intervenciones pueden mejorar las prácticas de atención perinatal. Estas prácticas se focalizan en mujeres con embarazos de bajo riesgo; en el establecimiento de vínculos con trabajadores de salud comunitarios –como las parteras– que permitan identificar complicaciones obstétricas y gestionar los traslados a los servicios de salud necesarios; y el acceso a los centros de salud y a los servicios de atención de emergencia obstétrica.</p> <p>Otra revisión sistemática sobre intervenciones comunitarias para reducir la mortalidad materna la realizaron Piane y Clinton (2014), las autoras consideran que son factibles en los países de bajos ingresos en donde las mujeres dan a luz sin contar con la asistencia del personal capacitado. Señalan que las evidencias no son concluyentes respecto de los estudios revisados.</p> <p>Nyamtema, et. al. (2011) y Ross et. al. (2005) realizaron revisiones sistemáticas de las intervenciones que se han implementado para mejorar la salud materna en países pobres o en desarrollo, destacando aquellas relacionadas con la atención de emergencias obstétricas, capacitación del personal médico, mejoramiento de la infraestructura de salud existente, mejora en el suministro de medicamentos, insumos,</p>

	<p>equipos para la atención obstétrica, fortalecimiento del sistema de remisión y traslado de pacientes.</p> <p>Los autores señalan la importancia de la integración de estas intervenciones para que se reduzcan de forma significativa la razón de mortalidad materna. Es importante señalar que uno de los obstáculos para realizar intervenciones en salud materna se relaciona con las limitaciones de recursos, escaso financiamiento para los sistemas de salud –adquisición de equipo, suministros, infraestructura, personal capacitado-; además del escaso compromiso político de los gobiernos.</p> <p>La WHO (2015) señala una serie de estrategias para disminuir la mortalidad materna prevenible (EPMM): cobertura de salud universal, acceso y calidad en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, acciones específicas de acuerdo al contexto de riesgo y capacidad de los servicios de salud, intervenciones clínicas basadas en evidencia, fortalecimiento de los sistemas de salud que priorice la atención de niñas y mujeres, rendición de cuentas para la mejora de la calidad de atención. Estas estrategias se basan en un enfoque de derechos humanos para asegurar la calidad en la SSR –disponibles, accesibles y aceptables- y en la necesidad de tomar en cuenta los patrones de la fertilidad y las causas de la muerte materna</p>
<p>PROPUESTAS</p>	<p>-Garantizar el acceso universal a la salud, a los medicamentos y tratamiento para la atención de calidad prenatal, durante el parto y posparto. Dicha atención debe ser proporcionada por personal capacitado (Elu y Santos, 2004; UNFPA, 2005; Rodríguez-Vargas y Molina Berrio, 2005; Gil, et. al., 2006; Puig, 2008; Fescina, 2009; Cáceres, 2010; Wood, 2010; Ybaseta, 2011; Duvvury y Oxhorn, 2012; Nyamtema, et. al. 2011; Piane y Clinton, 2014; WHO, 2015). En específico se plantea fortalecer la atención médica de calidad durante el parto o la atención del parto institucional (Ministerio de Salud y C. A. R. E. Perú, 2009; Chou, et. al., 2015).</p> <p>-Identificación y diagnóstico oportuno de embarazos de alto riesgo para brindar atención especializada, interdisciplinaria e integrales encaminadas a evitar las demoras en el acceso a los servicios de salud (Lafaurie, et. al., 2012). Se propone brindar educación sexual y reproductiva que se base en las necesidades y características específicas de la población (Lafaurie, et. al., 2012).</p> <p>-Promoción y reconocimiento de los signos de peligro asociados a la mortalidad materna en el personal de salud para establecer los mecanismos de referencia a instituciones</p>

	<p>de capacidad resolutive (Ybaseta, 2011; Ministerio de Salud y C. A. R. E. Perú, 2009).</p> <p>-Fomentar el uso de los servicios de planificación familiar para espaciar los embarazos, evitar embarazos no deseados y posibilitar el acceso a los servicios de aborto seguro (Ybaseta, 2011; Chou, et. al., 2015; Kidney et. al., 2009; WHO, 2015).</p> <p>-Promoción de la salud neonatal y reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años (UNFPA, 2005; Grisales y Giraldo, 2008; Fescina, 2009; Ministerio de Salud y C. A. R. E. Perú, 2009; United Nations, 2015).</p> <p>-Fortalecimiento de los sistemas de salud (infraestructura, equipamiento, profesionales capacitados, insumos), promover la participación y compromiso de la comunidad y autoridades (Chou, et. al., 2015; Ministerio de Salud y C. A. R. E. Perú, 2009; Kidney, et. al., 2009).</p> <p>-Incorporación de parteras capacitadas y que cuenten con los recursos necesarios para brindar la atención materna (Kidney, et. al., 2009; Nyamtema, et. al. 2011; Ybaseta, 2011; Piane y Clinton, 2014).</p> <p>-Atención de grupos vulnerables: mujeres pobres, en los extremos de la edad reproductiva, con baja escolaridad, indígenas o residentes en localidades rurales que carecen de acceso a los servicios de SSR de calidad para prevenir las muertes maternas evitables (UNFPA, 2005; Wood, 2010; Puig, 2008; Fescina, 2009; Cáceres, 2010; United Nations, 2015; Chou, et. al., 2015).</p> <p>-Involucramiento de los padres, familias y a la comunidad en general. Fortalecimiento de las redes de apoyo (Lafaurie, et. al., 2012; Chou, et. al., 2015).</p> <p>-Atender la violencia de género relacionada con embarazos no deseados, complicaciones maternas y neonatales, ITS y muerte materna (Chou, et. al., 2015).</p> <p>-Fomentar el empoderamiento de las mujeres (Elu y Santos, 2004).</p> <p>-Por lo anterior se observa la necesidad de poner en práctica políticas públicas incluyentes, aceptables, equitativas y justas para las mujeres (Elu y Santos 2004; Cáceres, 2010; Chou, et. al., 2015). Construir acciones que respeten las culturas locales (Elu y Santos, 2004; Lafaurie, et. al., 2012).</p> <p>-Implementación de mecanismos que faciliten la recuperación de información para la toma de decisiones y rendición de cuentas. Que además den cuenta de las desigualdades en salud de la población (Yuan, et. al., 2013; Chou, et. al., 2015; WHO, 2015).</p>
--	---

TEMAS PRIORITARIOS	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
PROBLEMÁTICA	<p>Peláez (2008) señala que en América Latina y el Caribe la población de 10 a 24 años representa un 30%, de los cuales el 20% son adolescentes de de 11 a 19 años de edad. En Colombia, como en otros países latinoamericanos, se observa un aumento en la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años (García, 2008).</p> <p>Reconocimiento de los adolescentes como un grupo al que constantemente se le violan sus derechos sexuales y reproductivos, reflejo de ello es el creciente problema social del embarazo en esta etapa de la vida, que ha sido abordado desde distintas perspectivas: de control o de respeto de sus derechos –en donde la maternidad y paternidad adolescente son una opción a elegir de forma responsables-; situaciones que limitan la formulación e implementación de políticas públicas eficaces (Borrero, 2011; Vega-Aguirre, 2013; Mendoza y Subiría, 2013).</p> <p>Ante ello han sido los jóvenes y las mujeres actores claves en la formulación de políticas públicas a favor de sus derechos amparados en los convenios de la política internacional – CEDAW, Convención sobre los derechos del niño, CIPD de El Cairo, Beijing, los ODM- y actores claves distintos a los funcionarios de gobierno (Borrero, 2011; Vega-Aguirre, 2013).</p> <p>Visión de la sexualidad y de las políticas de control “de régimen preventivo”: dirigido a jóvenes y mujeres, que eran culpabilizados de su comportamiento sexual y reducción de los programas de asistencia y del gasto gubernamental. Se mantuvieron los ejes de planificación familiar, educación sexual y penalización del aborto. (Borrero, 2011). En este contexto se incrementaron los embarazos de adolescentes de 17% a 21% en 2005, más aún en el caso de las mujeres desplazadas y residentes de zonas rurales. También se incrementaron los abortos ilegales, la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, la razón de mortalidad materna, aumento del VIH/SIDA y la violencia sexual (Borrero, 2011).</p> <p>En 2006 se logró la despenalización del aborto a pesar de ello las sanciones morales persistieron por lo que las mujeres no incrementaron el uso de los servicios de salud, siendo las más afectadas las mujeres de bajos ingresos que continuaron abortando de forma clandestina (Borrero, 2011).</p> <p>Otro aspecto a destacar en esta problemática fue la criminalización de la sexualidad adolescente derivada de la ley 28704 en el año 2008 que consideraba que toda relación sexual entre los 14 años y menos de 18 años aun siendo</p>

	<p>consensuada era considerada una violación, en el año 2012 dicha ley se declaró como inconstitucional, tras ello la expectativa se relaciona con la mejorar de políticas públicas de educación sexual y servicios de SSR de calidad, así como la implementación de leyes efectivas para prevenir la violencia sexual. Además de que se reconozca a los adolescentes como capaces de tomar decisiones relacionadas con el ejercicio de su sexualidad (Guerrero, 2013). Como resultado de esta ley se incrementó la fecundidad en adolescentes, misma situación en las razones mortalidad materna y disminuyó la demanda de servicios de salud por parte de esta población.</p> <p>Vega-Aguirre (2013) señala que en Chile el problema social de la maternidad adolescente es una expresión de la inequidad, en donde se atraviesan postulados ideológicos y de valores que invisibiliza a los padres adolescentes como sujetos de derechos y de política.</p> <p>Mendoza y Subiría, 2013 señala que alrededor del 60% de mujeres adolescentes embarazadas hubieran preferido postergar la gestación, mientras que las mujeres que optan por el embarazo disminuyeron del 52% al 32%, que considera responden a los cambios en las expectativas de vida, una mayor educación y acceso a información. En este sentido es importante apuntar como factor de riesgo la violencia sexual sobretodo en menores de 15 años.</p> <p>Un aspecto más para atender es el embarazo adolescente de repetición, por ello Mata et. al. (2009) llevaron a cabo un estudio para identificar las variables sociodemográficas y psicológicas de 50 adolescentes multigestas, identificando que son las mujeres que no asisten a la escuela, que tienen una pareja estable, con bajo uso de métodos anticonceptivos las más expuestas a embarazos consecutivos. Desde el aspecto emocional se observan etapas de irritabilidad, inestabilidad, ansiedad e inseguridad. Es importante considerar que el embarazo puede observarse con un medio para lograr la movilidad y reconocimiento social.</p>
<p>RELACIÓN CON LA POBREZA</p>	<p>Peláez (2008) señala que son los adolescentes de los sectores pobres quienes están en riesgo de abandonar los estudios de forma temprana, están expuestos a la maternidad adolescente y alta fecundidad; en contraste los sectores medios y altos tienen un inicio sexual y reproductivo tardío y con baja fecundidad. Los jóvenes de sectores desfavorecidos estarán expuestos a exclusión prematura del sistema educativo y tendrán una inserción precaria al mercado laboral (Mendoza y Subiría, 2013; Guerrero, 2013).</p>

	<p>El autor también señala los condicionantes de género que limitan el control y toma de decisiones de parte de las mujeres, la falta de un proyecto de vida y de oportunidades. Esto se vincula con un bajo uso de métodos anticonceptivos, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Mendoza y Subiría (2013) señalan que a pesar de que en Perú existen programas focalizados para la atención de la salud de los adolescentes y que las condiciones educativas son mejores que en generaciones anteriores, la población de este grupo etario difícilmente puede competir en una economía globalizada. Además en estos grupos etarios es donde se pueden acumular una serie de exclusiones sociales: el embarazo adolescentes es 10 veces mayor en las zonas más pobres que las de mayor riqueza, su prevalencia es menor en las áreas urbanas, aunque se observa una tendencia hacia el aumento; también se ha observado una leve tendencia del incremento del embarazo en adolescentes con mayor educación (Guerrero, 2013).</p> <p>Imamura et. al. (2006) realizaron una revisión sistemática para identificar aquellos factores que se asocian con el embarazo adolescente en 25 países de la Unión Europea, en el periodo 1995-2005:</p> <p>Factores que muestran una relación consistente con el embarazo adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Factores sociodemográficos relacionados con la desventaja social -Estructura e inestabilidad familiar -Bajo nivel educativo <p>Otros factores asociados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actitudes y comportamientos considerados de riesgo sexual y adicciones -Conocimiento de la salud sexual y bajo uso de métodos anticonceptivos -Iniciación sexual temprana, número de parejas sexuales -Accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, aunque en sí mismo no contribuye a la disminución del embarazo en este grupo etario.
INTERVENCIONES	<p>Toledo et. al. (2000) llevaron a cabo un programa de educación sexual "Adolescencia tiempo de decisiones" durante 24 meses, en dos espacios escolares (uno de ellos fungió como control), ubicados en la región metropolitana de Chile, tomando tres indicadores: inicio de vida sexual coital, uso de métodos anticonceptivos y embarazos ocurridos. Obteniendo los siguientes resultados:</p>

	<p>-Aumentaron los conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción, reproducción e ITS en el centro escolar intervenido, sobre todo en los jóvenes sin actividad sexual.</p> <p>-También se retrasa el inicio de la actividad sexual y los adolescentes que han iniciado las relaciones sexuales previenen los embarazos mediante el uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>-Se observó un descenso en los embarazos y los abortos provocados u obligados.</p> <p>DiCenso et. al. (2002). Realizaron una revisión sistemática aleatorizada de ensayos controlados de intervenciones para reducir el embarazo no deseado entre los adolescentes con el objetivo de revisar la eficacia de estrategias encaminadas a retrasar el inicio de vida sexual (programas de abstinencia) y capacitar en el uso de métodos anticonceptivos (educación sexual), concluyendo que estas estrategias no tienen un impacto en la reducción del embarazo en adolescentes al menos en poblaciones considerados de una condición socioeconómica baja. Los autores señalan que las intervenciones pueden comenzar a más temprana edad como lo muestra una revisión sistemática de 8 estudios de guarderías para niños desfavorecidos, que tras realizar un seguimiento a largo plazo se observaron menores tasas de embarazo en la adolescencia; también es relevante examinar la relación con otros programas encaminados a evitar comportamientos de alto riesgo como las adicciones; así como incorporar las necesidades de los jóvenes en el diseño de programas de educación sexual.</p> <p>Maness y Buhi (2013) realizaron una revisión sistemática de programas encaminados a la prevención del embarazo adolescente en minorías juveniles de Estados Unidos conformadas por jóvenes afroamericanos y de ascendencia latina, recuperando la literatura publicada en los años 2002 a 2012. Estos grupos minoritarios tienen mayores tasas de embarazo adolescente por lo cual requieren de intervenciones de salud pública. Los autores señalan la eficacia de los programas para prevenir el primer embarazo o retardar el segundo; mientras que aquellos encaminados a retrasar el inicio de vida sexual no tenían un efecto consistente. Destacan la importancia de tomar en cuenta los factores socioculturales de los grupos, la heterogeneidad de los mismos y la disponibilidad de materiales en varios idiomas.</p> <p>Harden et. al. (2009) realizaron una revisión sistemática de ensayos controlados y estudios cualitativos sobre programas de intervención enfocados en disminuir la desventaja social</p>
--	---

	<p>asociada a la paternidad y maternidad temprana, en el Reino Unido. Los autores señalan la importancia de realizar intervenciones en la infancia y en la juventud pues se observa un decrecimiento del 39% de embarazos en la adolescencia en comparación con los grupos no intervenidos. Dichas intervenciones se encamina a promover el compromiso escolar, orientación y apoyo social, generación de aspiraciones relacionadas con una carrera e inclusión laboral y de formación y desarrollo de habilidades. Además se identificaron, a partir de los estudios cualitativos, algunos factores relacionados con el embarazo: aversión a la escuela, condiciones materiales insuficientes, bajas expectativas sobre el futuro e infancias infelices. Así como otras condiciones estructurales como la vivienda, oportunidades de empleo, redes comunitarias, violencia que colocan a los jóvenes en condiciones de desventaja social.</p>
IMPACTOS	<p>-El embarazo adolescente puede traer consigo la limitación de oportunidades que afecten el plan de vida de los adolescentes y su transición a la vida adulta; propicia la transmisión intergeneracional de la pobreza; desnutrición infantil y la mortalidad temprana de las mujeres y de sus hijos (Mendoza y Subiría, 2013; Maness y Buhi; 2013).</p> <p>-La autora señala que la relación con la educación es doble; por un lado la presencia del embarazo puede implicar la deserción escolar y por el otro la mala calidad educativa desalienta la continuidad en el sistema educativo.</p> <p>-Relacionado con el aborto inducido y las muertes maternas, cabe aclarar que en este grupo de edad la razón de mortalidad es "desproporcionadamente" más alta que en otras mujeres pues contribuye con el 12% del total, se observa con preocupación las muertes por causas indirectas como el suicidio (Guerrero, 2013).</p> <p>-Vinculación con la nutrición de las mujeres y de sus hijos: nacimientos con bajo peso y talla, efectos que pueden ser revertidos.</p>
PROPUESTAS	<p>-Implementar la educación sexual integral que permita a los adolescentes adquirir habilidades para tomar decisiones libres, asertivas e informadas y puedan ser capaces de negociar en las relaciones sexuales (Nani, 2004, UNFPA, 2005; Toledo, et. al. 2000; García, 2008; Wood, 2010; Vega-Aguirre, 2013; Mendoza y Subiría, 2013; DiCenso, et. al., 2006).</p> <p>-Proporcionar servicios de asesoría relacionados con la SSR y la anticoncepción (Toledo, et. al. 2000; Puig, 2008; Fescina, 2009; Mendoza y Subiría, 2013).</p>

	<p>-Proporcionar el acceso a servicios de planificación familiar y acceso métodos anticonceptivos adecuados a las características y necesidades de los adolescentes y jóvenes (Toledo, et. al. 2000; García, 2008; UNFPA, 2005; Peláez, 2008; Mendoza y Subiría, 2013).</p> <p>-Atender el embarazo adolescente y la morbilidad asociada (Nani, 2004; García, 2008; Fescina, 2009; USAID, 2009; United Nations, 2015).</p> <p>-Evitar el aborto inseguro (Fescina y 2009).</p> <p>-Promover la paternidad responsable por parte de los adolescentes (Vega-Aguirre, 2013).</p> <p>-Así también se tiene que involucrar a los jóvenes en la SSR como usuarios, acompañantes de sus parejas y agentes de cambio (USAID, 2009). Promover su participación en la formulación de políticas públicas que recuperen sus necesidades (Vega-Aguirre, 2013).</p> <p>-Implementación de estrategias intersectoriales, simultaneas que permitan superar las condiciones de desigualdad en las que están inmersos los adolescentes y su grupo familiar: postergación del inicio de la actividad sexual, conclusión de la educación básica, orientación vocacional y empleabilidad juvenil (García, 2008; Vega-Aguirre, 2013; Mendoza y Subiría, 2013).</p> <p>-Implementación de políticas públicas que reconozcan a las madres y padres adolescentes y fomenten y fortalezcan las redes de apoyo que permitan asumir el cuidado y responsabilidad de su hijos (Vega-Aguirre, 2013).</p> <p>-Así también se requieren estrategias que prioricen los derechos humanos, sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes: el derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva –eliminación de las barreras legales para la atención de la salud-; el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva –planeación de la familia, toma de decisiones libres sin violencia- y la el derecho a una vida libre de violencia, incluida la violencia sexual y reproductiva (Peláez, 2008; Mendoza y Subiría, 2013). En este último punto se plantea el acceso a mecanismos de justicia para las víctimas de violencia (Guerrero, 2013).</p> <p>-Implementación de programas de becas para adolescentes embarazadas y madres (Mendoza y Subiría, 2013)</p>
<p>TEMAS PRIORITARIOS</p>	<p>ABORTO</p>
<p>PROBLEMÁTICA</p>	<p>Según la OMS el aborto inseguro es un procedimiento que tiene como objetivo interrumpir el embarazo no planeado y que es realizado por personas sin la capacitación necesaria,</p>

en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos o a ambas circunstancias (Señalado por Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012; Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009). Diversos estudios estiman que la incidencia del aborto inseguro es de 19 a 22 millones al año en el mundo (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012). Se considera que del 20 al 50% de las mujeres que se someten a un aborto inseguro van a requerir atención médica debido a complicaciones pos aborto; además el 13% concluyen en una materna (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012).

En contraste se observa una disminución de la mortalidad materna relacionada con el aborto legal de 0,6 muertes maternas por cada 100 mil abortos; estos procedimientos son atendidos por personal capacitado, con el equipo necesario y en condiciones asépticas (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012; González, 2005).

En América Latina y el Caribe el aborto es la primera causa de muerte materna, se practican anualmente 4, 230,000 abortos inseguros (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012). En diversos países el aborto se considera como un delito, por ejemplo, en Brasil en donde Fusco, De Sousa y Andreoni (2012) realizaron una investigación sobre las características sociodemográficas de las mujeres que abortan y la morbilidad asociado al aborto inseguro. En otro estudio se estima que en América Latina se realizan unos 3.700 millones de abortos inseguros, a pesar de no contar con información precisa debido a su condición de ilegalidad (Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009).

Como respuesta a la alta incidencia del aborto inseguro y la morbimortalidad materna asociado a éste, en la Conferencia del Cairo en el año 1994 y la Conferencia de Beijing en 1995 se proponen realizar una revisión de las legislaciones punitivas del aborto, situación que abre el debate en América Latina (Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009); entre los actores participantes se encuentra los grupos de mujeres, las feministas, los médicos, los grupos religiosos y los legisladores, como se muestra en el estudio de Rocha, Rostagnol y Gutiérrez (2012) sobre la comparación del debate político relacionado con la despenalización del aborto en Brasil, Uruguay y Argentina. Es importante destacar que los autores mencionan que tras estos debates se han conseguido avances en la ampliación de causales para la interrupción legal del embarazo ya inscritas en algunos códigos penales (Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009).

Por otro lado, se observan que el abordaje penal es desigual con respecto al aborto, códigos penales son restrictivos,

	<p>mientras que otros no penalizan el aborto en ciertos causales como violación, peligro a la vida o salud de la mujer y malformaciones del feto por ejemplo (González, 2005; Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009). En este sentido también hay otros elementos que interfieren en el acceso de las mujeres al aborto considerado como legal por ejemplo: contar con la autorización del marido, o la comprobación de la violación ante un juez. Situaciones que impiden un ejercicio pleno de derechos por parte de las mujeres como lo señala González (2005) en su estudio sobre el aborto en Colombia.</p>
<p>RELACIÓN CON LA POBREZA</p>	<p>Las complicaciones de abortos inseguros representan una de las principales causas de muerte materna, que se relaciona con la pobreza (Nani, 2004; UNFPA, 2005; Wood, 2010; Fescina, 2009), puesto que la mayoría de abortos inseguros se realizan en los países en desarrollo (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012). Fusco, De Sousa, y Andreoni (2012) señalan que el incremento del aborto inseguro está relacionado con el uso restringido de métodos anticonceptivos eficaces y el limitado acceso al aborto seguro. Además, en este estudio –realizado en Brasil- se identificaron las características sociodemográficas de las mujeres que se exponen a un aborto inseguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nulo uso de métodos anticonceptivos en el momento del embarazo -Mujeres solteras -Edad media de 21.6 años -Temprano inicio de vida sexual (11 a 16 años) -Los abortos, en su mayoría, correspondieron a embarazos posteriores al primero, pues la mujeres tenían un mayor número de hijos vivos -Las mujeres contaban con ingresos limitados. -Baja escolaridad -Pertenecentes a un grupo étnico -Se identificó una alta tasa de morbilidades relacionadas con hemorragia e infecciones. <p>Además, éstas mujeres están expuestas a practicarse más abortos en condiciones inseguras debido a los embarazos no deseados por el limitado o nulo uso de métodos anticonceptivos (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012). En contraste las mujeres con menos abortos inducidos fueron mujeres no negras, con primaria completa, casadas o unidas y mayores ingresos económicos (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012).</p> <p>En el contexto de ilegalidad el aborto se considera que las mujeres que tienen mayores recursos económicos pueden practicarse un aborto inducido en condiciones de mayor</p>

	<p>seguridad en comparación que las mujeres de menores ingresos económicos (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012; González, 2005).</p> <p>Otro aspecto relacionado es el acceso al aborto con medicamentos –misoprostol- de “fácil” acceso para las mujeres, pudiendo tener esta práctica en privado (González, 2005).</p> <p>Si bien se ha señalado que el acceso al aborto legal y el uso de anticonceptivos eficaces puede disminuir la morbilidad materna asociada al aborto, el uso inadecuado y discontinuo de los métodos de anticoncepción; las relaciones sexuales no consentidas debido a la violencia intrafamiliar, el abuso y la violencia sexual inciden en el incremento de embarazos no deseados y en la práctica del aborto en condiciones inseguras (González, 2005)</p>
PROPUESTAS	<p>En general los autores revisados (Fusco, De Sousa, y Andreoni, 2012; Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009; González, 2005) coinciden en señalar que los abortos inseguros disminuirán así como sus efectos en la morbilidad materna cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se eliminen las restricciones legales -Se fomente el acceso y uso de los servicios de planificación familiar -Se mejore la infraestructura de los servicios de salud para la atención del aborto seguro -Propiciar que las mujeres tengan mayor nivel educativo <p>Lo anterior se sustenta en el argumento de que la penalización del aborto corresponde a una violación de los derechos humanos en general y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables –pobres y jóvenes-, así como la obligación de las instituciones de salud de contar con las condiciones necesarias para brindar el servicio del aborto (González, 2005; Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009).</p> <p>Es importante señalar que ante la apertura de algunas naciones por legislar a favor del aborto seguro, ciertos grupos –religiosos y pródiga- están implementando proyectos legislativos relacionados con el inicio de la vida y la homologación del cigoto y embrión con el carácter de persona (Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2009).</p>

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la revisión de la literatura científica.

Anexo 4. Acciones encaminadas a la reducción de la pobreza en países seleccionados de América Latina.

Los países de América Latina seleccionados han implementado programas para garantizar la alimentación y entrega de micronutrientes a la población más vulnerable a través de *prestaciones monetarias*. En Uruguay se hace entrega de la Tarjeta Uruguay Social; en Chile se ha llevado a cabo el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), cabe destacar que las mujeres embarazadas y aquellas que estén amamantando se consideran como beneficiarias; en México se ha impulsado el programa Prospera, y en Bolivia se hace entrega del Bono Juana Azurduy que prioriza el cuidado de las mujeres embarazadas. En Perú se asegura la nutrición de niños de 0 a 3 años y la suplementación a mujeres embarazadas. En Ecuador se promueven *hábitos alimentarios saludables* para favorecer el desarrollo físico, emocional e intelectual de la población. Es importante señalar que en Perú y México se han establecido mecanismos para garantizar la *seguridad alimentaria* en grupos de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Además se han impulsado la entrega de asignaciones monetarias cuya finalidad es complementar los ingresos de los hogares vulnerables, éstas pueden ser *transferencias monetarias condicionadas* al cumplimiento de requisitos por parte de la población beneficiada: asistencia a los servicios de salud para llevar un control y la permanencia de niños y jóvenes en el sistema educativo. Mientras que otras son *transferencias no condicionadas* como algunas implementadas por el gobierno chileno y el de Bolivia.

Otra de las acciones retomadas se relaciona con el impulso de proyectos laborales o emprendimiento productivo para incrementar los ingresos en los hogares. Todos los países analizados parten del *desarrollo de políticas de empleo, emprendimiento productivo y economía popular*; en el caso de Bolivia se enfatiza la generación de empleos dignos y permanentes. También en Chile, Perú y Ecuador se han establecido *programas de orientación vocacional y capacitación laboral*, en Chile estos programas tienen la finalidad de incrementar las capacidades de los beneficiarios para

generar ingresos propios y mejorar sus condiciones laborales retomando un enfoque de desarrollo humano.

Asimismo, estas acciones se focalizan a *grupos vulnerables como las mujeres y jóvenes*. En el caso de los jóvenes los gobiernos de Uruguay y México desarrollan programas de empleo juvenil, becas para promover la transición al primer empleo y de aprendizaje laboral (las últimas dos sólo para México). En el caso de las mujeres en Chile y Perú se han generado estrategias para fomentar la inclusión de las mujeres al mercado laboral; se promueve el empleo formal así como medidas para que las mujeres madres puedan dejar a sus hijos en las guarderías infantiles y los espacios educativos mediante la extensión de la jornada.

A continuación se presentan los hallazgos acerca de las políticas para el combate a la pobreza y para el mejoramiento de la SSR, diseñadas en la última década por los países, de acuerdo con su contexto socioeconómico y cultural. Las políticas, para su ejecución, se plasman en leyes, planes, programas y estrategias, algunas de las cuales son también descritas.

• Uruguay

El gobierno uruguayo ha implementado una serie de políticas públicas enfocadas en el desarrollo de la población, bajo un enfoque de derechos humanos y equidad, entre los que se destacan las siguientes:

Uruguay: políticas públicas, leyes y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza
Plan de Equidad	Dirigido a la población menos favorecida del país; su objetivo es que la ciudadanía pueda ejercer sus derechos mediante el acceso a servicios sociales universales, con trabajo digno y prestaciones sociales básicas (Ministerio de Desarrollo Social, 2007).

Programa de Asignaciones Familiares	Programa a través del cual se complementan los ingresos familiares en los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica; se priorizan aquellos integrados por mujeres embarazadas, niños/as y adolescentes menores de 18 años. Como requisitos para la permanencia en el programa los menores de edad deben asistir a la escuela y realizarse controles de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).
Programa Tarjeta Uruguay Social	2006. Programa dirigido a las personas en mayor vulnerabilidad socioeconómica como medio para adquirir productos de la canasta básica mediante transferencias monetarias. (Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), 2006).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

También se han puesto en marcha programas que atienden problemáticas de la SSR y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género y derechos humanos:

Uruguay: políticas públicas, leyes y programas implementados en materia de SSR-

Documento	Objetivos
Ley 18,426. Derechos Sexuales y reproductivos	Ley vigente desde el año 2008 cuyo objetivo es favorecer el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos a través del diseño e implementación de políticas públicas y la organización de los servicios de SSR (Poder Legislativo, 2008)
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género	Programa implementado en el año 2005 en donde retoma la salud de las mujeres durante el ciclo de la vida –salud en la adolescencia, planificación familiar y anticoncepción, maternidad sin riesgo, aborto practicado en condiciones inseguras, climaterio y tercera edad-. Así como salud mental, enfermedades crónico degenerativas, violencia doméstica y sexual, entre otros aspectos (Ministerio de Salud Pública (MPS), 2005)
Programa Nacional de Salud Adolescente	Programa puesto en marcha desde el 2007, su propósito es mejorar la calidad de vida de la población adolescente favoreciendo su crecimiento y desarrollo integral a partir de la difusión de estrategias sanitarias de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud; de la participación, la ciudadanía y la colaboración intersectorial con la sociedad civil, la comunidad y las familias (Ministerio de Salud Pública (MPS), 2007)
Ley 17,386. Acompañamiento durante el parto	Ley vigente en el año 2006 donde se establece el derecho de la mujer a estar acompañada durante el momento del parto, así como las condiciones en que se debe llevar a cabo (Ministerio de Salud Pública (MPS), 2006)

Ley 18,947. Interrupción Voluntaria del Embarazo	Ley vigente desde el 2012 en donde se establece el derecho de las mujeres a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria de su Embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, cuando se cumpla con los requisitos y procedimientos establecidos en el mismo documento (Poder Legislativo, 2012)
Código penal (Aborto)	Marco legal que regula el aborto en distintas circunstancias: consentimiento, lesiones o muerte materna, circunstancias agravantes y causas atenuantes y eximentes (Ministerio del Interior)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

• Chile

Según el monitoreo de los ODM en 2012, Chile cumplió la meta de reducir la pobreza establecida en el año 2000 (CEPAL, 2015). Se han implementado los siguientes programas encaminados al desarrollo de la población y la reducción de la pobreza:

Chile: políticas públicas, estrategias y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza, educación, salud y SSR
Programa de Gobierno, Michelle Bachelet, 2014-2018	Programa de Gobierno que promueve reformas de fondo en materia de economía, protección y oportunidades sociales, descentralización, territorio y desarrollo, así como la promoción de derechos ciudadanos (Bachelet, 2013)
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	Programa que data de 1954. Su objetivo es complementar la alimentación de menores de 6 años, mujeres embarazadas o que amamanten, personas menores de 25 años que padezcan de enfermedades metabólicas o alergias (Ministerio de Desarrollo Social, 1954)
Programa Familias en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad social SS y OO	Programa dirigido a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema. Se enfoca en el desarrollo de capacidades y la generación de ingresos autónomos mediante la capacitación para el trabajo (Ministerio de Desarrollo Social, 2013)
Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020	Estrategia que dicta las directrices en materia de acciones sanitarias. Entre sus objetivos destacan: el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, por ejemplo la promoción de una conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes; la reducción de inequidades en salud a través de la atención a los determinantes sociales y económicos de la salud; la reducción de la

	morbimortalidad a lo largo del ciclo de vida, y el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud (Gobierno de Chile, 2011)
--	---

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

En SSR se han implementado dos programas focalizados en la salud de la mujer y en la salud integral de adolescentes y jóvenes. También se retoma el proyecto de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo y el código penal vigente.

Chile: políticas públicas, estrategias y programas implementados en materia de SSR.

Documento	Objetivos
Programa de Salud de la Mujer	Programa vigente desde el año de 1997 que trasciende la visión de la mujer-madre pues se enfoca en la atención integral –física, mental y social- de la mujer durante el ciclo de vida, se reconoce además como sujeto de derechos y con un papel activo en el cuidado de la salud. Entre sus objetivos destacan: La prevención de afecciones que alteren su estado de salud mediante la detección y control oportuno de factores de riesgo y la orientación de la mujer, su pareja y familia en el ejercicio de la maternidad y paternidad responsable así como la sexualidad saludable (Ministerio de Salud (MINSAL), 1997)
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Plan de acción 2012-2020	Programa implementado en el año 2012 que promueve la atención integral de la salud de adolescentes y jóvenes así como su desarrollo saludable. Entre sus objetivos específicos destaca la necesidad de la actualización del marco jurídico para la protección de los derechos de este grupo etario; la mejora de los servicios diferenciados "Espacios de Atención Adolescente, EAA" para la atención a la salud que cuenten con personal competente y comprometido que pueda dar respuesta a las necesidades de esta población; desarrollo de estrategias para la generación de imágenes positivas en los medios de comunicación; que se promueva la participación social de adolescentes y jóvenes, y el establecimiento de alianzas y mecanismos de cooperación intersectorial en el ámbito público y privado (Ministerio de Salud (MINSAL), 2012)
Proyecto de ley que regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria	Proyecto de ley para despenalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales como respuesta a las exigencias de organismos internacionales y a la incidencia del aborto en condiciones inseguras en Chile (Secretaría General de la Presidencia, 2015)

del Embarazo en tres causales*	
Código Penal (Aborto)	Marco legal en donde se establece la prohibición sin excepciones del aborto, que es considerado como un delito (Ministerio de Justicia, 1874)

*Existe un proyecto de ley para despenalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales, como respuesta a las exigencias de organismos internacionales y a la incidencia del aborto en condiciones inseguras en Chile (Secretaría General de la Presidencia, 2015).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

• Perú

En Perú se han puesto en marcha una serie de políticas públicas relacionadas con el desarrollo de la población y la reducción de la pobreza:

Perú: políticas públicas, estrategias y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza, educación, salud y SSR
Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado, Perú hacia el 2021	Este plan tiene como objetivos promover el ejercicio de derechos humanos y la inclusión social; asegurar a la población el acceso a servicios de calidad de forma equitativa atendiendo la diversidad cultural; promover la construcción de una economía con estructura productiva que fomente la igualdad de oportunidades y el empleo digno, entre otros (Centro Nacional de Planteamiento Estratégico (CEPLAN), 2015)
Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “incluir para crecer”	El objetivo es la reducción de las desigualdades sociales por lo que las acciones se dirigen a la población en mayor vulnerabilidad socioeconómica: hogares rurales, con jefatura femenina, jefe de hogar con escolaridad primaria incompleta, jefe de hogar hablante de una lengua originaria, entre otros criterios. Sus ejes estratégicos son: nutrición infantil, desarrollo infantil y temprano, desarrollo de la niñez y adolescencia, inclusión económica, y protección del adulto mayor (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), 2014)

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

De igual manera se han implementado una serie de políticas públicas relacionadas con la SSR con énfasis en la reducción de la mortalidad materna y la prevención del embarazo adolescente:

Perú: Políticas públicas, estrategias y programas implementados en materia de SSR.

Documento	Objetivos
Norma Técnica de Planificación Familiar	En esta norma se asientan los criterios y procedimientos para proporcionar la atención integral en planificación familiar, que debe basarse en el respeto y promoción de los derechos humanos y la equidad de género. Además se indica que el servicio debe ser proporcionado por personal capacitado y se establecen los procedimientos administrativos para asegurar la disponibilidad de insumos (Ministerio de Salud (MINSA), 2005a)
Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, 2009-2015	Plan que se basa en el modelo de las 4 demoras: reconocimiento de las complicaciones, decisión de ir a un establecimiento para recibir atención, tiempo de traslado al establecimiento de capacidad resolutoria y prestación de la atención o capacidad de respuesta de buena calidad. Su objetivo central es reducir la mortalidad materna y perinatal en el Perú mediante el establecimiento del compromiso político de los niveles de gobierno, la participación multisectorial y el compromiso de la sociedad civil, la comunidad y las familias. Así también se debe asegurar la capacidad de respuesta del sector salud para lograr dicho objetivo (Ministerio de Salud (MINSA), 2009)
Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural	Esta norma ofrece los criterios para la atención del parto vertical con pertinencia intercultural en los distintos niveles de atención de los servicios de salud, bajo un enfoque de género y equidad (Ministerio de Salud (MINSA), 2005b)
Programa Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia 2012-2021	Este Programa parte del reconocimiento de niños y adolescentes como sujetos titulares de derechos. Su objetivo central es garantizar el desarrollo integral y protección de niños y adolescentes de acuerdo con su trayectoria de vida (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), 2012)
Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes, 2013-2021	Este plan está diseñado para la reducción del embarazo adolescente mediante la postergación del inicio de las relaciones sexuales; la inclusión de educación sexual integral en el marco curricular nacional; el incremento del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos y en madres adolescentes; el aumento de adolescentes que concluyen la educación secundaria, y la disminución de los diferentes tipos de violencia de la que son objeto los adolescentes (Ministerio de Salud (MINSA), 2013)

Código Penal de Perú (Aborto)	Marco legal que sienta las directrices sobre el aborto, las sanciones y los causales no punitivos (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS), 1991)
--------------------------------------	--

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

• México

México también cumplió con la meta de los ODM enfocada en la reducción de la pobreza (CEPAL, 2015) y la razón de muerte materna bajó de manera importante situándose por debajo del promedio en América Latina (CEPAL, 2015). En México se han implementado los siguientes planes y programas enfocados en el desarrollo de la población y la reducción de la pobreza:

México: políticas públicas, estrategias y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza, educación, salud y SSR
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	Este programa que parte de un enfoque de derechos humanos y de género se estructura a partir de metas nacionales, entre ellas destacan: México Incluyente en donde se establecen acciones para superar el hambre y reducir la pobreza en la que viven niños, mujeres, adultos mayores e indígenas; México con Educación de Calidad, y México Próspero que entre sus acciones promueve la generación de empleos (Gobierno de la República, 2013a)
Programa de Inclusión Social -PROSPERA- (Reglas de Operación)	Programa dirigido a las personas que conforman hogares con ingresos menores a los estipulados por la línea de bienestar mínimo. Sus objetivos se centran en proporcionar apoyos para mejorar la alimentación de las familias beneficiadas; asegurar el acceso a un Paquete básico garantizado de salud sobre todo a los niños, mujeres embarazadas y mujeres lactantes; otorgar apoyos educativos para niños, adolescentes y jóvenes, y entrega de apoyos monetarios y acceso a servicios de financiamiento (Secretaría de Desarrollo Social, 2015)
Programa Sectorial en Salud 2013-2018	El programa sectorial de salud centra sus acciones en la promoción de la salud, la protección y la prevención de enfermedades; también se asegura el acceso a los servicios de salud de calidad –técnica e interpersonal-; se enfatiza el cierre de brechas entre los diferentes

	grupos sociales y regiones del país, y en la creación de un Sistema Nacional de Salud (Gobierno de la República, 2013b)
--	--

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

En cuanto al ámbito de la SSR se han implementado los siguientes Programas de Acción Específicos (PAE) y estrategias nacionales para la reducción de la mortalidad materna y prevención del embarazo adolescente:

México: políticas públicas, estrategias y programas implementados en materia de SSR.

Documento	Objetivos
Código Penal Federal (Aborto)	Marco legal a nivel federal que establece criterios sobre el aborto: causales, sanciones y atenuantes. Es importante señalar que se privilegian los códigos penales estatales para el establecimiento de causales no punitivas y las sanciones del aborto con grandes diferencias entre los mismos (Poder Ejecutivo Federal, 2015). La legislación más amplia en relación con la interrupción legal del embarazo es la de la Ciudad de México.
PAE Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018	Este programa promueve el disfrute de la vida sexual y reproductiva –libre, informada, satisfactoria, responsable y sin riesgos- a través del acceso a los servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad para toda la población, aunque se prioriza a grupos en desventaja social. Así también se incentiva la participación de los hombres en la planificación familiar, la anticoncepción y la paternidad activa y elegida (Secretaría de Salud (SS), 2013a)
PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018	Este programa retoma el enfoque de curso de vida por lo que se estipula que la atención a la salud debe llevarse en distintos momentos de la trayectoria de vida y no sólo durante la reproducción. Los objetivos se centran en el acceso a los servicios de salud de calidad de mujeres y hombres en la etapa pregestacional, durante el embarazo, parto, aborto, puerperio y neonatal, y reducir la morbimortalidad materna y perinatal (Secretaría de Salud (SS), 2013b)

<p>PAE Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018</p>	<p>Este programa se basa en la comprensión de las áreas del desarrollo durante esta etapa: físico, psicológico-cognitivo y afectivo, social. Entre sus objetivos destacan la promoción del acceso a educación, información y orientación sobre SSR; acceso a los servicios de SSR para adolescentes ; la reducción de embarazos no planeados y de ITS, e incidir en aquellos determinantes que impiden que los adolescentes ejerzan su vida y SSR de forma plena e informada (Secretaría de Salud (SS), 2013c)</p>
<p>Estrategia Nacional para la prevención del embarazo adolescente (ENAPEA)</p>	<p>Los objetivos y acciones propuestos en esta estrategia se organizan en cinco niveles de intervención en el desarrollo, educación y salud de los adolescentes: 1°. Logros académicos, el desarrollo del adolescente, la reducción de la pobreza y la promoción del empleo. 2°. Toma de decisiones saludables –libres e informadas– sobre sexualidad y prevención del embarazo a partir de la modificación del contexto donde se desenvuelve el adolescente. 3°. Educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos. 4°. Garantizar el acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración y los reversibles de acción prolongada (ARAP). 5°. Acceso a los servicios de SSR para adolescentes (Grupo Interinstitucional para la prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), 2015).</p>
<p>Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México</p>	<p>Estrategia basada en el enfoque de atención de emergencias obstétricas y de las tres demoras. Se propone: lograr una óptima calidad de la red de servicios con capacidad de resolución de la emergencia obstétrica; garantizar la accesibilidad a los servicios de salud: sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables e intérpretes culturales en comunidades indígenas, y reducir las inequidades de género y étnicas para que las mujeres puedan acceder de forma oportuna a los servicios de salud (Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva , 2008)</p>

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

• Ecuador

Ecuador también cumplió con la meta establecida en los ODM en el año 2000 en relación con la disminución de la pobreza (CEPAL, 2015), aumentó la tasa neta de escolaridad primaria y logró una RMM menor al promedio de la región andina (CEPAL, 2015). Se han diseñado una serie de políticas públicas con el objetivo de fomentar el desarrollo y reducir la pobreza de los grupos más desfavorecidos:

Ecuador: políticas públicas, estrategias y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza, educación, salud y SSR
Plan Nacional “Buen Vivir” 2013-2017	El Plan Nacional se basa en el “Buen vivir: Sumak Kawsay”, cuyos objetivos centrales para este análisis son: el objetivo 2 que promueve la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad, y promueve acciones para reducir la pobreza y la desigualdad –acceso a los servicios de salud y educación-. El objetivo 3 consiste en mejorar la calidad de vida de la población a través de acceso a los servicios sociales de calidad, y el objetivo 4 que plantea estrategias para fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía a través del acceso universal a los servicios educativos. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), 2013)
Estrategia Nacional para la Igualdad y la Erradicación de la Pobreza (ENIEP) Resumen ejecutivo	Estrategia basada en tres componentes: a) Acceso a bienes superiores de calidad: salud, educación, agua y saneamiento y hábitat y vivienda. b) Revolución productiva del trabajo y empleo, se promueve el trabajo digno, la economía popular, la soberanía alimentaria, entre otros aspectos. Y c) protección integral de la población durante el ciclo de vida (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y Secretaria Técnica para la Erradicación de la Pobreza , 2014)

Fuente: Elaboración propia a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

En relación con el ámbito de la SSR se han implementado políticas, planes y estrategias vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos, la reducción de la mortalidad materna y la prevención del embarazo adolescente:

Ecuador: políticas públicas, estrategias y programas implementados en materia de SSR.

Documento	Objetivos
Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2007	Política de referencia para la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de un enfoque de género; así también para la atención de problemáticas como la mortalidad materna y el embarazo adolescente. Por otro lado, se promueve la articulación con otros sectores sociales para lograr la atención integral de la sexualidad. Cabe señalar que se estimulan acciones que permitan la legitimación, operacionalización y financiamiento de los objetivos planteados (Ministerio de Salud Pública (MPS) y Consejo Nacional de Salud (CONASA), 2007)

<p>Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia 2015-2017 Decreto Ejecutivo No. 491 del 26 de noviembre de 2014</p>	<p>Este Plan se perfila como la política pública para la prevención del embarazo adolescente. Se basa en un enfoque de familia que promueve la educación de la sexualidad desde el marco de la afectividad, cuyo fin es postergar el inicio de la vida sexual de los adolescentes. Sus objetivos son: Incrementar la educación sexual que promueva el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, tomando a la familia como punto de partida e, impulsar la cooperación nacional e internacional para generar y difundir información sobre el papel de la familia para educar sobre sexualidad a los niños/as, adolescentes y jóvenes (Presidencia de la República de Ecuador, 2014).</p>
<p>Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal</p>	<p>El propósito central de este plan es la reducción de la mortalidad materna y neonatal promoviendo el acceso oportuno a los servicios de salud; organización de Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE); acceso informado a servicios de anticoncepción de intervalo y pos evento obstétrico; realización de actividades de comunicación para la difusión de los signos de emergencia obstétrica con enfoque intercultural, e implementación del Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica en muerte materna y el registro neonatal para la toma de decisiones (Ministerio de Salud Pública (MPS) y Consejo Nacional de Salud (CONASA), 2008)</p>
<p>Código Orgánico Integral Penal (Aborto)</p>	<p>Marco legal que regula y sanciona lo relacionado con la práctica del aborto (Asamblea Nacional, 2014)</p>
<p>Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA, 2013)</p>	<p>Aunque actualmente no se encuentra vigente, en su momento fue una política emblemática para la prevención del embarazo adolescente por el abordaje integral de la sexualidad y el fomento del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Entre sus objetivos destacaban: Garantizar el acceso a información, educación y asesoría sobre sexualidad y reproducción que permita la toma de decisiones libres e informadas y fomente el empoderamiento de los adolescentes; asegurar el acceso a servicios de SSR – incluida la planificación familiar- integrales y de calidad; Fomentar la participación social de adolescentes y jóvenes; y promover la transformación de representaciones socioculturales sobre la sexualidad y reproducción que impiden que los adolescentes tomen decisiones autónomas, y que limitan relaciones de igualdad por razones de género, etnia y generación. (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación y Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2013)</p>

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

• Bolivia

El Estado Plurinacional de Bolivia ha implementado los siguientes programas y estrategias para fomentar el desarrollo de la población y reducir la pobreza en el país:

Bolivia: políticas públicas, estrategias y programas implementados para la reducción de la pobreza.

Documento	Objetivos relacionados con la pobreza, educación, salud
Programa Nacional de Desarrollo 2016-2020	Tiene como objetivos centrales erradicar la pobreza extrema –material, social y espiritual-, fomentar la salud, la educación y el deporte para la formación de un ser humano integral, y promover la soberanía alimentaria (Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD), 2016).
Estrategia Boliviana para la Reducción de la Pobreza	El objetivo central es la reducción de la pobreza retomando cuatro componentes: generación de oportunidades de empleo; elevación de las capacidades en educación y salud; aumento de la seguridad social y protección de la población vulnerable –grupos étnicos y pueblos indígenas-, y promoción de una mayor participación e integración de la población, preservando el medio ambiente (Gobierno de Bolivia, 2001)

Fuente: Elaboración propia a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

En cuanto a las políticas relacionadas con la atención de la SSR se retomaron los siguientes documentos:

Bolivia: políticas públicas, estrategias y programas implementados en materia de SSR.

Documento	Objetivos
Plan Estratégico Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva, 2009-2015	El objetivo de este plan es promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población durante el ciclo de vida, así como el mejoramiento de la SSR de la población a través de acciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan dar respuesta a la demanda de servicios de SSR de calidad y adecuados culturalmente. Se basa en un enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad (Ministerio de Salud y Deportes (MSD), 2009)
Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud	Este plan parte del reconocimiento de la autonomía de los adolescentes y jóvenes así como la defensa de sus derechos. Entre sus objetivos destacan: Aplicación obligatoria de políticas públicas que promuevan la salud de estos grupos. Disponibilidad de de redes de servicios salud acreditados para atender las necesidades de adolescentes y jóvenes que promuevan los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Generación de procesos de participación y movilización que permitan el empoderamiento de estos

	grupos etarios. Potenciar acciones de promoción y prevención del impacto de determinantes sociales de la salud para lograr estilos de vida saludable y entornos favorables para la toma de decisiones, incluidos el autocuidado de la salud y proyectos de vida. Finalmente el monitoreo y evaluación de este plan (Ministerio de Salud y Deportes (MSD), 2010)
Ley del Seguro Universal Materno Infantil	Ante la elevada RMM con esta ley se busca garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad a mujeres embarazadas y hasta los 6 meses posparto y a niños hasta los 5 años de edad (Honorable Congreso Nacional, 2012)
Código Penal de Bolivia (Aborto)	Marco legal sobre el aborto, los causales no punitivos y las sanciones (Ministerio de Justicia, 2010)

Fuente: Elaboración propia a partir de las políticas públicas, estrategias y programas revisados.

Acceso a los servicios de educación en países seleccionados de América Latina

Las acciones se encaminan a favorecer el acceso universal a la educación. Una de las medidas retomadas por los países analizados se relaciona con la *gratuidad de la educación* en todos los niveles, incluida la educación superior, así también en todas las regiones y grupos vulnerables. En Perú se busca la eliminación del financiamiento compartido y en Ecuador se delinear otros apoyos que disminuyen los gastos de las familias: dotación de uniformes, libros y cuadernos, implementación de transporte escolar y entrega de apoyos alimentarios en los centros educativos. Otra de las estrategias que se retoma a excepción de Chile y México consiste en el *aumento de la cobertura educativa*, en Uruguay y Perú se enfatiza la ampliación de la cobertura en la educación inicial; en Perú además se busca ampliar el horario de estudio en la educación básica para estimular las capacidades de niños y adolescentes. En Ecuador se propone fortalecer la educación técnica y tecnológica, en el caso de Bolivia se desea incrementar el porcentaje de jóvenes que acceden a la educación superior. Además en Uruguay y Bolivia se promueve la ampliación de los servicios educativos a poblaciones vulnerables y excluidas.

Otro de los ejes relevantes se relaciona con la permanencia en el sistema educativo. Para ello se propone *eleva el rendimiento escolar* desde la enseñanza primaria (Uruguay). También se generan mecanismos para *evitar la deserción escolar* y a su vez *fomentar la culminación de los estudios*, en Uruguay se prioriza la re-vinculación al sistema educativo básico de adolescentes y jóvenes que no concluyeron este nivel. En Chile se promueve la eliminación de los procesos de selección para el ingreso al sistema escolar. En México y Ecuador se fomenta la culminación de los estudios en todos los niveles educativos, así como la generación de estrategias que permitan la permanencia de niños y jóvenes en desventaja social derivada de la pertenencia étnica, la edad y el género.

Uno de los mecanismos para lograr lo anterior es el establecimiento de *programas de becas y apoyos económicos*, en Perú se intenta consolidar un sistema de becas y créditos educativos dirigidos a jóvenes y adultos "con talento" para el ingreso a la educación superior en las áreas de ciencias y tecnología. En México se impulsa un Sistema Nacional de Becas que deben adecuarse al nivel educativo y las necesidades de la población, además se entregan apoyos monetarios para la compra de útiles escolares. En Ecuador se otorgan incentivos económicos a las familias para evitar la deserción escolar y el trabajo infantil. Finalmente en Bolivia se hace entrega el Bono Juancito Pinto. Otra estrategia consiste en la implementación de *programas de alfabetización, educación para adultos y pos alfabetización* que se llevan a cabo en México, Ecuador y Bolivia, en este último se proponen programas de pos alfabetización en áreas digitales, lenguas originarias, sistema braille y lengua de señas.

Además de la gratuidad de la educación y las acciones enfocadas en la permanencia en el sistema educativo se hace necesario fomentar la calidad en la educación que se retoma por los países analizados a excepción de Uruguay. En primer lugar se fomenta *la capacitación docente* a través del desarrollo de programas o sistemas de formación o profesionalización, en

Chile y Perú se busca revalorar el rol social del docente; en Perú se entregan incentivos a los docentes para lograr una distribución según la demanda y diversidad del país; en México se implementa la evaluación del docente y se ofrecen apoyos técnicos-pedagógicos; en Bolivia se establece que la formación de los docentes debe ajustarse a los lineamientos de descolonización y *despatriarcalización*. También se retoman acciones focalizadas en la mejora del espacio educativo a través de la *adquisición de equipo, recursos y mobiliario* así como la *modernización y ampliación de la infraestructura* sobre todo en zonas rurales.

En Perú, México y Bolivia se diseñan estrategias para la implementación de *técnicas de enseñanza-aprendizaje* a fines a las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y *el diseño o adecuación de planes y programas* a las necesidades de la población y que se articulen con la demanda laboral. Otro aspecto relevante es la *participación de la familia* en la educación pues se reconocen como la principal encargada del aprendizaje y educación de niños y jóvenes (Chile, México y Ecuador). Finalmente en México y Bolivia se retoma la importancia de que los programas enfocados en la calidad de la educación cuenten con *suficiencia financiera* para la implementación de sus acciones y estrategias de mejora.

Otro aspecto relacionado con la calidad en la educación es la adecuación intercultural de los servicios educativos, México, Ecuador y Bolivia impulsan acciones en este rubro. Por un lado se enfatiza la *educación intercultural bilingüe o plurilingüe*. Y en Bolivia se propone la *incorporación de saberes, conocimientos y tecnologías de los pueblos indígenas* al sistema educativo formal.

Acceso de adolescentes a la educación: en Uruguay se promueve la revinculación al sistema a adolescentes y jóvenes que desertaron en la educación básica. En Perú además de fomentar la conclusión del nivel secundario –a través de becas y estímulos para jóvenes trabajadores, se

menciona que la educación debe cubrir los criterios de calidad, ser intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia. En México se proponen acciones específicas como la ampliación de modalidades educativas, sistemas duales de estudio y trabajo, preparatorias y carreras técnicas, servicio social retribuido económicamente y acceso a becas. En Ecuador se prioriza el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo. Resulta relevante señalar que en Perú y México se impulsan *programas de reinserción educativa para madres y padres adolescentes y mujeres embarazadas*, en específico Perú cuenta con una ley que promueve lo anterior y abona a la eliminación de la discriminación en las escuelas por motivo del embarazo. En Chile y Perú en los espacios educativos se *fomentan estilos de vida saludables, la elaboración de un plan de vida, autoestima y empoderamiento*.

Políticas de empleo para adolescentes: En el caso de Perú se generó la estrategia de la Ventanilla Única de Promoción del Empleo (VUPE) que se dirige a los adolescentes en situación de embarazo, madres y padres. También se promueve la intervención del Estado para la regulación de los trabajos dirigidos para esta población. En este sentido en México el Estado debe generar un marco legal y de convenios para propiciar oportunidades laborales acordes a las necesidades de los adolescentes. Además se impulsa el desarrollo de proyectos productivos sobre todo de adolescentes y jóvenes en situación de embarazo, madres y padres.

Esquemas de aseguramiento en salud en países seleccionados de América Latina

En cuanto al funcionamiento de los servicios de salud en todos los países analizados se busca *promover y fortalecer la atención en el primer nivel de atención* encaminándose a la población en situación de pobreza:

- En Chile se implementa el Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud); en México se desarrolla el Seguro Popular en vinculación

con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y en Bolivia se puso en marcha el Programa “Mi Salud”. Por otro lado en México y Perú se han impulsado *acciones focalizadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación a grupos vulnerables* pues se consideran estrategias prioritarias para incidir en los determinantes sociales de la salud y cerrar las brechas en los distintos grupos y regiones de la población.

- En Perú por ejemplo se propone un modelo de redes que permita brindar atención a la población rural, dispersa, indígena y tribal. En estrecha relación con lo anterior en México y Ecuador se observa la necesidad de impulsar el *sistema de referencia y contrarreferencia* entre los niveles de atención y en las instituciones que componen el sistema de salud pública con la finalidad de garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.

- Siguiendo con lo anterior en Chile, México, Ecuador y Bolivia se propone además la *ampliación de los servicios de salud públicos en todos los niveles de atención* encaminados a ofrecer servicios integrales, a elevar la capacidad resolutive e incrementar la calidad de atención. En México se propone la creación de un Sistema Nacional de Salud.

- Finalmente, en Bolivia se fomenta la *participación social* en los asuntos de la atención a la salud de tal manera que se generen estrategias intersectoriales para resolver las problemáticas de salud y se puedan promover estilos de vida saludables.

Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud

Un componente esencial del Sistema de Salud es el de la calidad de atención que brindan los servicios de salud. Una de las líneas de acción se centra en los *recursos humanos*: En Chile, Perú, México y Ecuador se impulsa la

capacitación de los profesionales de la salud a través de procesos de formación continua y certificación. En Chile y Perú se otorgan incentivos para atraer a los profesionales de salud y distribuirlos en zonas de menor desarrollo de acuerdo a las necesidades de la población. Para el caso de México se puntualiza que la formación de recursos humanos debe alinearse con las necesidades demográficas y epidemiológicas del país, así también se instrumentan mecanismos para homologar la calidad –técnica e interpersonal- en todos los servicios de salud.

Por otro lado en Perú, México y Ecuador se pone atención a la *provisión de medicamentos, equipamiento y mobiliario y desarrollo y fortalecimiento de la Infraestructura*. En Perú se propone la descentralización de la infraestructura en salud, la creación de centros de alta complejidad y el establecimiento de un Sistema Nacional de Investigación en Salud y uso de Nuevas Técnicas. En México y Ecuador se establecen mecanismos para garantizar el abasto oportuno de medicamentos eficaces y seguros. En Bolivia se busca consolidar *esquemas de financiamiento* para los servicios de salud que permitan ofrecer prestaciones integrales a la población. En México se implementarán programas que se orienten a *incrementar la satisfacción de los usuarios* con los servicios ofrecidos en las unidades de salud públicas.

Adecuación intercultural de los servicios de salud

La pertinencia cultural hace parte de la calidad. En México, Ecuador y Bolivia se impulsa la *adecuación intercultural de los servicios de salud*, para lo cual se han generado *modelos de atención integral con pertinencia cultural, geográfica y de género*. En México se han desarrollado acciones en el ámbito de la atención perinatal, en Ecuador y Bolivia se propone la integración de los saberes, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional a los servicios de salud primarios; además, se establecen mecanismos para incorporar agentes tradicionales y personal capacitado y comprometido. Asimismo, en Ecuador se promueven *programas de sensibilización* sobre salud e

interculturalidad, también se incorpora el enfoque de la interculturalidad en los *programas de formación y capacitación del personal de salud*.

En Perú,¹ México, Ecuador y Bolivia se han generado *modelos de atención integral con pertinencia cultural, geográfica y de género*. En México se han desarrollado acciones en el ámbito de la atención perinatal; en Perú, Ecuador y Bolivia se propone la integración de los saberes, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional a los servicios de salud primarios; además, se establecen mecanismos para incorporar agentes tradicionales y personal capacitado y comprometido. Asimismo, en Perú y Ecuador se promueven *programas de sensibilización* sobre salud e interculturalidad para el personal de salud, también se incorpora el enfoque de la interculturalidad en los *programas de formación de pregrado y posgrado, y en la capacitación del personal de salud*. En Perú se puntualiza la importancia de garantizar el *ejercicio del derecho a la salud* de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana; del *rescate, conservación y difusión de los saberes y conocimientos* provenientes de la medicina tradicional o ancestral; la *participación de los pueblos étnicos* en la gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud, y mejorar la eficiencia del sistema de registro incluyendo el autorreconocimiento por pertenencia étnica.

En educación también es necesaria la adecuación intercultural de los servicios educativos. Perú,² México, Ecuador y Bolivia impulsan acciones en este rubro. Se enfatiza la *educación intercultural y la educación intercultural bilingüe o plurilingüe*. En Perú en este año se ha aprobado la Política Sectorial de Educación Intercultural y Educación Intercultural Bilingüe que adquiere el carácter de cumplimiento obligatorio. En Bolivia se propone la *incorporación*

¹ Para el caso de Perú se retomó el reciente Decreto Supremo No. 016-2016-SA. Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural (2016), que sienta las bases para la regulación de las acciones interculturales en el ámbito de la salud.

² En el caso de Perú se incluyó el reciente Decreto Supremo No. 006-2016-MINEDU. Política sectorial de Educación Intercultural y Educación Intercultural Bilingüe (2016), que funciona como instrumento orientador en este rubro.

de saberes, conocimientos y tecnologías de los pueblos indígenas al sistema educativo formal

Énfasis de las políticas de SSR según las características de cada país

- Impulsar la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos que permitan prevenir embarazos en la adolescencia, ITS y VIH-Sida (Chile, Perú, México y Ecuador).
- Promover la salud materna y neonatal mediante el acceso al cuidado prenatal y la atención institucional del parto. Además en Chile, Perú y Bolivia se enfatizan acciones para mantener un estado nutricional adecuado de las embarazadas y recién nacidos/as a través de la suplementación con micronutrientes y entrega de subsidios
- Programas de prevención de la muerte materna en México, Ecuador y Bolivia.
- Desarrollo de programas de prevención y atención del embarazo adolescente en Ecuador.
- Implementación de estrategias integrales para el apoyo de padres adolescentes y sus familias en Ecuador
- En Chile y México se intenta prevenir la violencia de género, sexual, física. En México se puntualiza que las unidades de salud deben ser espacios de detección de casos de violencia, así mismo se deben desarrollar acciones para prevenir embarazos y la profilaxis a VIH y otras ITS ante violencia sexual.
- En Chile se promueve la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo la cual está penalizada sin excepciones.

• Programas de salud materna revisados

- Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MPS, 2005) y las leyes 18,426, de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Poder

Legislativo, 2008) y la 17,386, del Acompañamiento durante el parto (MPS, 2006).

- Chile: Programa de Salud de la Mujer (MINSAL, 1997).
- Perú: Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural (MINSA, 2005b). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, 2009-2015 (MINSA, 2009)
- México: Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 (SS, 2013b). Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México (SS y CNEGSR, 2008)
- Bolivia: Ley del Seguro Universal Materno Infantil (Honorable Congreso Nacional, 2012).
- Ecuador: Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (MPS y CONASA, 2008).

• **Acciones comunitarias para la prevención del embarazo adolescente**

- En Chile se distribuyen materiales educativos en Infocentros y se organizan intervenciones grupales y comunitarias; en Perú se impulsan los encuentros intergeneracionales entre adolescentes y padres de familia.
- En México se propicia la vinculación entre la escuela, las familias y la comunidad, además se fomenta el liderazgo y la ciudadanía entre la población adolescente y juvenil y se propone incorporar servicios de SSR en centros laborales dirigidos para padres de familia que les permitan adquirir herramientas e información para orientar a sus hijos.
- En Ecuador -en la ENIPLA- se proponían intervenciones con la finalidad de transformar patrones culturales asociados al machismo, violencia, estereotipos de género y tabús sobre la sexualidad y de promover la sexualidad desde un enfoque de derechos.
- En Chile, México y Perú se propone que los agentes comunitarios sean otros jóvenes, que sean ellos los encargados de difundir información sobre

sexualidad y SSR en actividades grupales y masivas. En México se propone que las redes de adolescentes y jóvenes impulsen acciones de prevención del embarazo en adolescentes. En Perú los agentes comunitarios se encargan de la capacitación sobre SSR y la derivación de adolescentes a los servicios de salud sobre todo cuando están en riesgo de un embarazo no deseado, además se propone el fortalecimiento de organizaciones y redes que tengan en su agenda de acción la sexualidad, la SSR y la violencia.

- En Perú se promueve la comunicación entre hijos y padres y se condicionan apoyos familiares a la protección que los padres hagan de sus hijos adolescentes y jóvenes. En Ecuador –a través del Plan Familia- se retoma la idea de que la familia es la “célula básica de la sociedad” y la primera instancia de socialización y encargada de la educación sexual de niños, adolescentes y jóvenes en donde se promueva la sexualidad desde un “enfoque afectivo”. Así también se gestionan eventos, seminarios, foros –de cooperación nacional e internacional- donde se genere y transmita esta visión de la familia. Además se promueven acciones para la conciliación entre la vida familiar y laboral. También se propone la creación de círculos de estudios, vacaciones útiles y fortalecimiento de espacios de uso del tiempo libre. En Bolivia se busca que estas acciones se organicen por Consejos Municipales de la Juventud.

• **Contenidos y enfoques en educación sexual:**

- **Uruguay: Educación sexual laica y humanista**
- Chile: Educación sexual de enfoque múltiple: promoción de la abstinencia y del uso de métodos anticonceptivos para los jóvenes que deseen iniciar su vida sexual o sean sexualmente activos
- Perú. Educación sexual y reproductiva (implicaciones del embarazo adolescente) basada en evidencias y conocimientos científicos.
- México. Educación integral en sexualidad y aprovechamiento de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC)

- Ecuador. Educación sobre sexualidad y afectividad con enfoque integral y de familia, que promueve la abstinencia en (Proyecto Plan Familia). EN el Plan anterior (ENIPLA) se fomentaba la educación sexual integral que promoviera el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y la prevención de la violencia sexual y de género.
- Bolivia : Educación sexual integral

Capacitación de los docentes

Es relevante el planteamiento que hacen todos los países a excepción de Chile para abordar la *capacitación de los docentes* puesto que son los encargados de brindar la educación sexual, se considera que deben reconocer a los adolescentes como sujetos de derechos y fomentar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En México destaca que los procesos de capacitación deben ser permanentes y sistemáticos. En Ecuador a través de la ENIPLA se proponía otorgar una certificación para educadores de sexualidad integral. En Perú, México y Bolivia se impulsa el desarrollo y fortalecimiento de otras habilidades como el *desarrollo personal, educación para la vida y ciudadanía*. Así también se promueven en Perú y Ecuador el diseño de *intervenciones en educación sexual dirigida a las familias* ya sea en las instituciones educativas o a través de cursos itinerantes.

Acceso a servicios de SSR para adolescentes

Para Uruguay, Perú y Ecuador se requiere vincular a los adolescentes y jóvenes, sobre todo aquellos en situación de pobreza, a los *servicios de atención primaria*. Además en Perú se procura su incorporación al Sistema de Seguridad Social, en Ecuador (ENIPLA) se fomenta el reconocimiento de su autonomía y derecho a decidir sobre su salud. En cuanto a la atención de la SSR se han creado *espacios de atención diferenciados*, en Uruguay se ha

implementado el Espacio Adolescente que ofrece atención amigable en zonas urbanas y rurales.

En Chile operan los Espacios Amigables para la Atención a la Salud (EAA) que deben cubrir ciertas características: agradables, atractivos, accesibles en horario, gratuitos y que faciliten la participación y el empoderamiento de los adolescentes. En México se está implementando un Modelo de Atención Integral en SSR para adolescentes en instituciones públicas, estos servicios deben ser amigables y se retoma una perspectiva de género. En Ecuador a través de la ENIPLA se promueven servicios amigables que incorporen una visión integral de la SSR y que se adecuen a las necesidades de los adolescentes. Y en Bolivia se enfatiza que estos servicios de atención diferenciados deben fomentar la participación juvenil.

Prevención y atención de la violencia sexual

Todos los países, a excepción de Chile y en el Proyecto Plan Familia de Ecuador, han establecido acciones específicas. En Perú, México, Ecuador y Bolivia se han desarrollado *programas de sensibilización ante la violencia* a través de campañas de comunicación y educación dirigidas a adolescentes y familias. Asimismo se implementan servicios de *atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual* que incluyen mecanismos de prevención, atención, sistemas de referencia y contrarreferencia y restauración de los daños de niños y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual. En México se enfatiza la importancia de acceder a métodos anticonceptivos (incluida la anticoncepción de emergencia) o a la realización de un aborto médico tomando como referencia el marco legal vigente. En Ecuador –a través de la ENIPLA– se prioriza la indagación de violencia sexual en niñas y adolescentes menores de 15 años que estén embarazadas. En Perú se han implementado Centros de Atención Residencial (CAR) que atiende a mujeres embarazadas y víctimas de abuso o explotación sexual. Además en Perú y México se busca la *capacitación del personal de*

salud y docente que les permita generar estrategias para la capacitación, prevención e identificación de la violencia y abuso sexual.

Además, resulta necesaria la implementación de *acciones jurídico-legales* como las desarrolladas en Perú y México. El gobierno de Perú ha reducido el procedimiento de acceso a la justicia en caso de violencia sexual para evitar la revictimización y se ha establecido una línea telefónica para la denuncia de violencia y abuso sexual. Debido a la estructura penal de México se ha promovido la homologación de las normativas estatales según las directrices nacionales e internacionales para la atención y sanciones de la violencia y abuso sexual de menores.

Además se lleva un registro y seguimiento de casos de violencia y abuso sexual así como la canalización de las denuncias a las instancias correspondientes. El único país que retoma la necesidad de generar programas con *presupuestos asignados* para la atención de violencia y abuso sexual es Perú.

Prioridades de investigación

En Perú las investigaciones se enfocan en la situación del embarazo en adolescentes menores de 14 años e indígenas; además se aplican encuestas a estudiantes sobre sus conocimientos y acceso a la educación sexual y servicios de asesoría. En México los temas de investigación se centran en las formas de violencia a la que están expuestos los jóvenes, las causas de la deserción escolar y sobre los factores de riesgo del embarazo adolescente. En Ecuador a través del Plan Familia se plantean estudios para conocer los estilos de vida de los adolescentes y las diferencias entre conductas de riesgo y las consideradas como saludables. En Bolivia las investigaciones parten de un enfoque intercultural, de género, generacional y de diversidad sexual, se implementan además diagnósticos locales sobre la salud y necesidades de los adolescentes y la situación de las redes de salud.

Anexo 5. Obtención de la información primaria, a partir de la revisión de HC en ES del MSP

Se obtuvo mediante la revisión de 2131 HC (1388 para identificar los insumos utilizados en la atención de las complicaciones obstétricas de interés/esterilizaciones femeninas y masculinas, y 746 para determinar las técnicas de evacuación uterina utilizadas).

Criterios para la selección de la muestra

En términos teóricos el insumo principal para definir un tamaño de muestra en un estudio probabilístico de corte transversal, es la identificación del parámetro de interés y la información conocida del mismo. Para eventos discretos, el tamaño de muestra para una selección aleatoria simple está en función de la probabilidad esperada de su ocurrencia, definida a partir de lo que se conoce con antelación de él, provisto por la literatura científica disponible, encuestas o registros de población, resultados de estudios piloto, etc.

En consecuencia, el tamaño de muestra (n) en un estudio como este, se define como el número de casos que es necesario observar para que, dado cierto nivel de confianza, pueda estimarse la probabilidad de ocurrencia. El nivel de confianza, que corresponde al rango estimado dentro del cual se ubica el parámetro de interés, incide de forma directa en el tamaño de muestra, ya que a mayor precisión (un rango menor), se requiere un mayor número de observaciones (n grande).

Por otro lado, cuando el tipo de muestra a obtener no permite una selección aleatoria simple debido a la ausencia de un listado comprehensivo de todos los casos, se requiere un muestreo por más de una etapa, o *polietápico*, en el cual se seleccionan inicialmente los conglomerados o agrupaciones de los casos para los cuales sí se cuenta con un listado

completo; en este caso, constituido por los establecimientos de salud que ofrecen la atención médica de los padecimientos de interés. Este tipo de muestreo si bien inevitable resulta menos eficiente, ya que los eventos que se presentan en un mismo conglomerado son más parecidos entre ellos que con relación a los eventos en otros conglomerados. Para considerar esta correlación intra-conglomerado, se ajusta el tamaño de muestra calculado para una selección aleatoria simple por el efecto del diseño de muestra, con un factor así denominado, efecto de diseño (d_{eff}) (169–171).

De acuerdo a lo previamente planteado, para la selección de las historias clínicas revisadas se requirió un muestro bietápico. En la primera etapa se eligieron, de forma aleatoria, los establecimientos de salud que ofrecen los servicios de interés y en la segunda las historias clínicas se seleccionaron, al interior de los establecimientos seleccionados en la etapa 1.

Los establecimientos seleccionados fueron aquellos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

1. Establecimientos de salud pertenecientes al MSP, de segundo y tercer nivel de atención
2. Establecimientos de salud que brinden atención obstétrica de rutina (parto, cesárea, aborto)
3. Establecimientos de salud que atiendan complicaciones (complicaciones de aborto, hemorragias, sepsis, infección de vías urinarias, parto obstruido e hipertensión arterial)
4. Establecimientos de salud que atiendan esterilizaciones definitivas (ligaduras, vasectomías).

Criterios de exclusión

1. Establecimientos de salud que produjeron menos de 100 egresos hospitalarios obstétricos en 2014 (año de la BD de la que se extrajo el espacio muestral).
2. Establecimientos de salud en los que no hubiera condiciones para recibir al equipo de investigación, dada su afectación por el terremoto suscitado el 16 de abril de 2016.

Se incluyeron las HC de usuarias registradas en alguna de las intervenciones/complicaciones de interés en el año 2015, y se eliminaron aquellas que, aunque estaban registradas en la base de datos del ES como de interés del estudio, no correspondieron a los diagnósticos estudiados, que estuvieran fuera del periodo de interés o que registraran inconsistencia en el sexo (por ejemplo atención de parto en hombres).

Cálculo del tamaño de muestra

Para la cuantificación del tipo de técnica quirúrgica de evacuación uterina utilizada se consideró que la distribución relativa entre ambos procedimientos de aborto quirúrgico podría ser de 80% LUI y 20% AMEU, siguiendo la limitada evidencia existente sobre el tema, y en donde se ha documentado que en establecimientos de salud de países de América Latina (Bolivia y Perú) donde no se realizaba el manejo de la atención post-aborto (APA) de manera activa, se alcanzaban cifras de 12 a 29% de utilización de AMEU (172).

En adición a los parámetros señalados (distribución relativa de 80 y 20%, LUI y AMEU, respectivamente) se consideró un margen de error de 10% y 95% de confianza,³ lo que resulta en una muestra aleatoria simple de 62 casos. Sin

³El margen de error se refiere a la amplitud del intervalo de confianza que se calcula para el parámetro de interés; en este caso, se entiende que el margen de error se aplica sobre la proporción para un procedimiento específico; un margen de error de 10% implica que el valor buscado de 80% para LUI estará con 95% de confianza entre 70% y 90%. La selección del margen de error depende de aspectos logísticos, presupuestales, y sobre el parámetro de interés. En estudios en muestras por conglomerados y

embargo, al no contar con un listado de todas las historias clínicas y de que sería ineficiente acudir a todos los establecimientos de salud del país, se optó por una muestra por conglomerados en dos etapas. En la primera se seleccionaron los establecimientos de salud y en la segunda las historias clínicas a revisar.

Para estimar el tamaño de muestra se utilizó un efecto de diseño de 3.8, que resulta de una correlación intra-conglomerado de 0.2 y un promedio de 15 observaciones por conglomerado (173). El valor relativamente alto del efecto de diseño, se justifica por el tipo de evento, que se espera sea tratado por el proveedor de atención de salud de forma semejante ante situaciones similares. De esta forma, la muestra resultante fue de 345 HC en 23 conglomerados, con remplazo, siendo tres ES seleccionados más de una vez, lo que provocó que se visitara un total de 19 ES.

Durante el trabajo de campo, la organización seguida por el equipo y las facilidades otorgadas por el personal de los establecimientos de salud (véase Tabla anexa 1), crearon las condiciones para incrementar el número de HC a revisar, y dar así cumplimiento a las recomendaciones del Comité Técnico de incrementar el tamaño de muestra. Así fueron revisadas 746 HC.⁴

$$n = \left(\frac{Z^2 pq}{d^2} \right) * deff * \left(\frac{1}{1-\acute{e}xito} \right) \quad [1.1]$$

Donde

- n = Tamaño de muestra
- Z = Nivel de confianza =95%
- p = Proporción que se espera encontrar del evento de interés = 0.8
- q = Complemento a p = 0.2
- d = Margen de error (precisión) = 10%
- $deff$ = Efecto de diseño = 3.8

con parámetros definidos por proporciones, es usual utilizar un margen de error de 10%. Por ejemplo, así se propone para estudios de cobertura de vacunación como las encuestas MICS de Unicef.

⁴El cálculo del tamaño de muestra permite estimar el mínimo de observaciones requeridas, siendo siempre deseable disponer de la mayor cantidad de observaciones posible.

1-éxito = Porcentaje de éxito esperado (datos válidos para las estimaciones) = 70%

Tabla anexa 1. Establecimientos de salud que componen la muestra

No	Nombre del establecimiento de salud	Región geográfica	Provincia	Cantón	Nivel de atención
1	Hospital Yerovi Mackuart	Sierra	Cotopaxi	San Miguel de Salcedo	2
2	Hospital Dr. José Cevallos Ruiz	Costa	Guayas	San Jacinto de Yaguachi	2
3	Hospital Jaime Roldos Aguilera	Costa	Los Ríos	Ventanas	2
4	Hospital Cantonal Machachi	Sierra	Pichincha	Mejía	2
5	Hospital de Macas	Amazonía	Morona Santiago	Morona	2
6	Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano	Costa	Santo Domingo de los Tsachilas	Santo Domingo	2
7	Hospital Dr. Marco Vinicio Iza Hernández	Amazonía	Sucumbíos	Lago Agrio	2
8	Hospital Francisco de Orellana	Amazonía	Orellana	Orellana	2
9	Hospital Ginecobstétrico Isidro Ayora	Sierra	Pichincha	Quito	3
10	Hospital Homero Castañer Crespo	Sierra	Cañar	Azogues	2
11	Hospital Isidro Ayora	Sierra	Loja	Loja	2
12	Hospital José Félix Valdivieso	Sierra	Azuay	Santa Isabel	2
13	Hospital Martín Icaza	Costa	Los Ríos	Babahoyo	2
14	Hospital Materno Infantil del Guasmo (Matilde Hidalgo)	Costa	Guayas	Guayaquil	3
15	Hospital Pio XII – Sucua	Amazonía	Morona Santiago	Morona	2
16	Hospital Provincial de Pastaza	Amazonía	Pastaza	Pastaza	2
17	Hospital Vicente Corral Moscoso	Sierra	Azuay	Cuenca	2
18	Hospital Básico de Shushufindi	Amazonía	Sucumbíos	Shushufindi	2
19	Maternidad Santa Mariana de Jesús	Costa	Guayas	Guayaquil	3

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Para la cuantificación del tipo de insumos utilizados en la atención de las complicaciones obstétricas de interés, el cálculo de esta muestra se basó también en la fórmula 1.1, utilizando un nivel de confianza de 95%, un error de precisión de 10%, un *deff* de 1.28, un porcentaje de obtención de datos válidos de 80%, y un valor de *p* y *q* de 0.5 (fijado así para maximizar el tamaño de muestra). Al igual que en el caso previo, se fijó un mínimo de 15 HC a revisar de cada evento en los ES muestreados. Bajo este procedimiento se estimó una muestra de 150 HC para cada evento de interés (complicación o procedimiento).

$$n = \left(\frac{(1,96)^2(0,5)}{0,1^2} * 1,28 * \left(\frac{1}{1 - 0,8} \right) \right) = 150 \quad [2.1]$$

Posteriormente, se calculó el número de HC a revisar en cada establecimiento, estimando:

1. La participación de cada ES en la producción del total de egresos de cada uno de los eventos de interés en 2014 (año en que se basó la estimación del tamaño de muestra). Por ejemplo, para el caso de Sepsis se hizo Egresos hospitalarios producidos por el Establecimiento de Salud ES.

Total de egresos

2. La proporción obtenida en el numeral 1 fue multiplicada por la muestra obtenida en 2.1, es decir, por las 150 HC a revisar de cada evento de interés. Para los casos en que no se acumularan los 150 requeridos, como ocurre con algunas complicaciones obstétricas, se realizó lo siguiente:
 - Si la carga de egresos en el ES no rebasaba los 15 en promedio, por mes (número mínimo de HC a revisar en cada uno), se fijaba el número necesario en el reportado en la lista de egresos hospitalarios por Establecimiento de Salud. ES
 - Si se cumplía la condición anterior, pero al multiplicar el porcentaje de egresos reportado en el ES por el tamaño de muestra estimado con la fórmula ya descrita, se obtenía un valor nuevamente menor a 15, se fijaba el número necesario de HC en 15.

El procedimiento descrito se replicó para el caso de la atención de partos vaginales/cesáreas.

En la *tabla anexa 2* se presentan las cantidades de historias clínicas revisadas en cada establecimiento de salud por tipo de intervención/complicación.

Tabla anexa 2. Distribución de HC revisadas en los ES muestreados para estimar los costos de atención de las complicaciones obstétricas/esterilizaciones estudiadas

No	ES	Parto obstruido	Hemorragias	Sepsis	IVU	HTA gestacional	Cesárea	Parto vaginal	Vasectomía	Ligadura	Aborto
1	Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayuru	14	12	14	22	91	15	14	0	7	53
2	Maternidad Santa Mariana de Jesús	4	7	2	4	4	40	24	0	5	75
3	Hospital Materno Infantil del Guzmán (Marilda Hidalgo)	23	4	5	25	15	15	15	0	1	50
4	Hospital Vicente Coello Moscoso	54	8	1	7	15	15	15	0	1	46
5	Hospital Isidro Ayuru	8	12	1	13	5	21	15	1	1	44
6	Hospital Dr. Marco Vinicio Iru Hernández	2	4	4	15	10	15	15	3	1	46
7	Hospital Martín Icaza	1	7	1	13	2	15	15	2	1	50

8	Hospital Provincial de Pastaza	0	5	1	7	1	11	15	3	1	13
9	Hospital Homero Castanier Crespo	23	9	1	7	5	15	15	0	1	54
10	Hospital de Macas	1	6	2	6	2	2	15	0	1	1
11	Hospital Francisco de Orellana	1	5	2	8	8	15	15	0	1	50
12	Hospital Cantonal Jaime Roldos Aguilera	0	3	3	12	0	6	15	0	1	50
13	Jefatura de Salud Shushufindi Area Salud N°2	0	2	1	5	1	2	15	2	1	44
14	Hospital Cantonal Machachi	0	3	1	6	1	5	15	0	1	14
15	Hospital Pio XII	1	2	1	14	1	6	15	0	0	35
16	Hospital Cantonal Dr. José Cevallos Ruiz	0	1	0	7	1	8	15	0	1	30
17	Hospital José Félix Valdivieso	1	1	0	4	1	7	15	0	1	26
18	Hospital Cantonal de Salcedo Yerovi Mackuart	0	2	0	4	0	1	15	0	1	21
19	Hospital Dr. Gustavo Domínguez Santiago	10	5	3	15	14	19	17	0	0	44
Total (por motivo de atención)		142	101	45	195	178	233	300	11	26	746

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Anexo 6. Análisis de la BD Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), 2013-2015

Para caracterizar la forma en que se proveen actualmente los métodos de PF, se siguieron los siguientes criterios, aplicados a las BD extraídas de RDACAA 2013 - 2015:

1. Se identificó en las BD los siguientes códigos CIE-10, presentes en las variables `CODIGO_CIE_10_1`, `CODIGO_CIE_10_2`, `CODIGO_CIE_10_3`; correspondientes al Bloque D (véase formulario de RDACAA⁵) y que denotan las atenciones realizadas en cada consulta:

- Z3001 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción. Prescripción inicial. Anticonceptivos orales combinados.
- Z3041 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas. Anticonceptivos orales combinados
- Z3002 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción. Prescripción inicial. Anticonceptivos orales (solo progesterona)
- Z3003 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción. Prescripción inicial. Anticonceptivos inyectables
- Z3004 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción. Prescripción inicial. Anticonceptivo oral de emergencia
- Z3010 Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). Anillo vaginal
- Z3011 Inserción de dispositivo anticonceptivo. Parche transdérmico
- Z3012 Inserción de dispositivo anticonceptivo. Colocación implante, implante subdérmico
- Z3013 Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). Colocación DIU
- Z3042 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas. Anticonceptivos orales (solo progesterona)
- Z3043 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas. Anticonceptivos inyectables

⁵ Disponible en:
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca_final_04_09_2013.pdf

- Z3051 Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). Retiro DIU
- Z3053 Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). Retiro de implante, implante subdérmico
- Z3081 Otras atenciones especificadas para la anticoncepción. Condón masculino
Z3082 Otras atenciones especificadas para la anticoncepción. Condón femenino
- Z3911 Atención y examen de madre en período de lactancia. Amenorrea de la lactancia (MELA)

1. Se verificó la consistencia entre los diagnósticos reportados y se utilizó en el análisis la variable *CODIGO_CIE_10_1*. Las observaciones donde no se especificaba algún código diagnóstico CIE fueron eliminadas.

2. Los registros erróneos o carentes de sentido, por ejemplo embarazo cuando el sexo reportado era hombre, también fueron eliminados.

3. El análisis se acotó al grupo de edad de 10 a 49 años.

4. Para la cuantificación de las consultas, tanto de primera vez como subsecuentes, se utilizó la variable *TIPO_ATEN_PREV1*. No fue posible identificar una variable que definiera los registros de consultas iniciales (o de primera vez) ni subsecuentes, por morbilidad.

5. Luego la cantidad de consultas de primera vez y subsecuentes fue ajustada con los siguientes supuestos, obtenidos a partir del “Instructivo de implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos – Acuerdo Ministerial 2490”:

- a. Se dividió la información según el tipo de personal que atendió el caso:
 - Las consultas son siempre otorgadas por médicos/as y obstétrices.

- La entrega de métodos en farmacia (sin pasar a consulta) la hacen enfermeras, encargados de farmacia, auxiliares, etc.
- b. En 2003, las consultas fueron prácticamente el 100%; bajaron a 73.4% en 2014, y subieron a 85.3% en 2015
- c. Las prescripciones iniciales de anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de sólo progesterona, inyectables; y las inserciones de DIU e implantes, ameritan siempre una consulta.
- d. Excepto para el año 2013 (donde todas son otorgadas por médicos/as y obstétricas), las supervisiones (seguimientos) tienen porcentajes variados en 2014 y 2015. Estos porcentajes fungieron como elemento para establecer cuáles métodos fueron entregados en consultas, y cuales en farmacia (con el carné de métodos anticonceptivos), según el tipo de personal que atendió el caso reportado en las BD.
- e. De igual manera ocurrió con la distribución encontrada para la entrega de condones en las consultas de seguimiento. Los registrados en consultas de primera vez, se asumieron como consulta. Se distribuyeron las supervisiones como consulta o pase a farmacia según los porcentajes encontrados.
- f. Lo mismo ocurrió en el caso de la anticoncepción de emergencia en las consultas de seguimiento: los registrados en consultas iniciales, fueron dejados como tales, y se distribuyeron los seguimientos como consulta o pase a farmacia.
- g. Todos los retiros de métodos de larga duración (DIU, implantes) ameritan una consulta subsecuente.

Anexo 7. Estimación de costos unitarios de atenciones obstétricas y esterilizaciones (femenina, masculina) en ES del MSP

Para la estimación de los costos unitarios de las diferentes intervenciones exploradas, se utilizaron datos primarios (Anexo 5) y estimaciones contenidas en el TPSNS. Entiéndase los primeros como la BD generada a partir de la revisión documental de HC en ES del MSP durante el trabajo de campo, y que contiene los recursos consumidos en la provisión de servicios de atención hospitalaria de las complicaciones identificadas como más importantes (Véase Cuadro Anexo 1).

Se revisaron 1388 HC⁶, y de ellas se extrajo la cantidad de insumos utilizados en la atenciones citadas en el Cuadro Anexo 1. Con el propósito de anticipar una posible subestimación de los costos totales, asociadas a los promedios, se sub-dividió la atención de ciertas complicaciones, específicamente de aquellas que al presentar un cuadro de extrema gravedad pueden significar un costo unitario mayor que la atención de un caso catalogado como leve o moderado (e.g. si se agrupan los costos unitarios de cesáreas en una sola categoría, sin distinguir las electivas de las emergentes, se subestimaría el costo total de la cesárea de emergencia, al reportar el costo unitario del manejo de ésta con el mismo valor de una cesárea electiva).

Cuadro Anexo 1. Atenciones seleccionadas¹ para revisión documental de HC

Categoría	Sub-categoría	Código CIE-10
Aborto	Embarazo ectópico	O00
	Mola hidatiforme	O01
	Otros productos anormales de la concepción	O02, O03
	Aborto legal	O04
	Aborto inseguro²	O05-O07
Hipertensión (HTA) gestacional	-	O13
	Pre eclampsia	O14

⁶ La cantidad de HC revisadas proviene de un muestreo estratificado, realizado en ES de segundo y tercer nivel de atención, representativo del país. Véase documento metodológico para la revisión de HC.

	Eclampsia / síndrome de HELLP	O15
Hemorragia	-	O200, O208, O209, O441, O45, O46, O67, O71, O72
Infección de vías urinarias (IVU)	-	O23
Parto obstruido	-	O64, O65, O660
Parto vaginal	-	O757, O80, O81, O83, O840, O841
Cesárea	Electiva	O820, O828, O829, O842
	De emergencia	O821, O822
Sepsis puerperal	Dehiscencia de herida quirúrgica	O900, O901
	Infección de herida quirúrgica	O860
	-	O85, O861, O862, O863, O864, O868, O902
Esterilización	Femenina (ligadura)	Z302
	Masculina (vasectomía)	Z302
Otras	-	Resto de códigos

¹ Combinadas, estas representan el 74% de egresos y prácticamente el 50% de complicaciones del MSP (sin considerar partos vaginales, cesáreas electivas o esterilizaciones), que a su vez carga con el 59% del total de egresos hospitalarios en Ecuador; ² Se asume que los abortos practicados fuera del sistema de salud son inseguros, y su ocurrencia está disfrazada por los códigos O05-O07.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M

La BD fue organizada en variables de la (el) paciente y del ES. De las y los pacientes se compiló información sociodemográfica (e.g. edad, sexo, ocupación de la paciente), clínica (e.g. tipo de atención otorgada, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso), procedimientos realizados durante la estadía en el ES (e.g. cerclaje de cérvix, histerorrafia por ruptura uterina, cuidado obstétrico de rutina, etc.), medicamentos administrados (e.g. ácido ascórbico, amoxicilina, atropina, bupivacaina, etc.), insumos médicos (e.g. bisturí, botas quirúrgicas, bata desechable, etc.), exámenes de laboratorio practicados (e.g. colesterol, ecografía obstétrica, glucosa, etc.) y tiempo de permanencia en áreas (e.g. triaje, consulta externa, sala de emergencias, etc.). Del ES se registró el nombre, nivel de atención y ubicación geográfica (región).

Adicional a la revisión de historias clínicas realizada en los ES visitados, se gestionaron distintas BD para completar la estimación de costos unitarios:

- Nómina mensual con los salarios pagados al personal de salud,
- Inventario de insumos médicos con el reporte de sus precios de adquisición,
- Inventario de medicamentos con el reporte de sus precios de adquisición,
- Inventario de bienes de capital (e.g. terreno, mobiliarios y equipos), conteniendo además de sus precios de adquisición, la fecha en que fueron adquiridos, la vida útil y su valor de reventa o rescate,
- Consumo de servicios de uso general (e.g. energía eléctrica, combustibles, telefonía, internet, gases medicinales),
- Cédulas presupuestarias con los montos pagados por concepto de dichos servicios.

Toda la información correspondió al año 2015 y fue gestionada, previa autorización de la gerencia del ES, en las áreas financiera, talento humano, farmacia, mantenimiento y estadística. En el 95% de los casos se obtuvo información de pagos al personal, precios de insumos médicos, medicamentos y mobiliario; en el 79% de los ES obtuvimos información sobre el consumo de recursos generales.

El costo unitario estimado para la atención de cada padecimiento en ES ($CU_{atn_{ij}}$) presentada en el Cuadro Anexo 1 está compuesto de seis elementos:

$$CU_{atn_{ij}} = CU_{pers_{ij}} + CU_{med_{ij}} + CU_{insmed_{ij}} + CU_{LC_{ij}} + CU_{BCap_{ij}} + CU_{SGrales_{ij}} + CU_{otras_{ij}} \quad [1]$$

Donde

$CU_{pers_{ij}}$ Costo unitario de personal para la atención i en el ES j ;

$CU_{med_{ij}}$ Costo unitario por el consumo de medicamentos durante la atención i en el ES j ;

$CU_{insmed_{ij}}$ Costo unitario por el consumo de insumos médicos durante la atención i en el ES j

CU_{LCij} Costo unitario por el uso de pruebas de laboratorio clínico durante la atención i en el ES j ;

CU_{BCapij} Costo unitario de bienes de capital durante la atención i en el ES j ;

$CU_{SGralesij}$ Costo unitario del uso de servicios generales durante la atención i en el ES j

$CU_{otrasij}$ Costo unitario adicional por el consumo de otras intervenciones (consultas de seguimiento y psicología, transfusiones sanguíneas, alimentación) durante la atención i en el ES j

El costo unitario de personal se calculó monetarizando el tiempo que cada tipo de personal de salud dedica a la (el) paciente durante su estancia intrahospitalaria, según su área de adscripción (triaje, emergencia, consulta externa, sala general, centro obstétrico, sala de recuperación). Sin embargo, el dato sobre el tiempo otorgado a pacientes no se encuentra asentado directamente en la HC, por lo que se llegó a él haciendo un procedimiento previo:

1. Se contó la cantidad de sellos (N_{sello}) registrada en la HC durante la estadía del(la) paciente, asumiendo que cada uno de estos corresponde a un pase de visita del personal de salud.
2. El total de tiempo de estancia intrahospitalaria fue convertido a minutos, y distribuido entre las diferentes áreas por las que las y los pacientes transcurrieron durante la atención ($Prop_{\text{área}}$)

Luego, se planteó la ecuación general para estimar el costo unitario de personal (CU_{pers}):

$$CU_{pers\ gral} = t_{act} * (N_{sello}) * (Prop_{\text{área}}) * (Sal_{minu}) \quad [2]$$

Donde

t_{act} Tiempo promedio de duración de pases de visita (20 minutos) o la toma de signos vitales (5), obtenidos a través de consultas con expertos (obstetrices que participaron en la recolección de datos en ES);

Sal_{minu} Salario ajustado al minuto para cada tipo de personal

La ecuación anterior fue aplicada para monetarizar el tiempo de los médicos generales, el personal de enfermería y los médicos intensivistas, asumiendo que pasan el 100% de su tiempo en las áreas de triaje, en la toma de signos vitales (sin importar el área) y en el área de cuidados intensivos, respectivamente.

En el caso de las obstetrices y gineco-obstetras, que comparten proporcionalmente el tiempo en diferentes áreas, que varían según el nivel de atención, se resolvió:

$$CU_{pers_{Obst2^\circ}} = 20 * (N_{sello}) * \left(\frac{(Prop_{salagral} + Prop_{cObst} + Prop_{salarec})}{2} + Prop_{CEExt} + Prop_{Emerg} \right) * (Sal_{minu_{Obst}}) \quad [3]$$

Donde

$CU_{pers_{Obst2^\circ}}$ Costo unitario de personal para obstetrices del segundo nivel de atención;

$Prop_{salagral}$ Proporción de tiempo de estadía total, que la paciente transcurre en la sala general;

$Prop_{cObst}$ Proporción de tiempo de estadía total, que la paciente transcurre en el centro obstétrico;

$Prop_{salarec}$ Proporción de tiempo de estadía total, que la paciente transcurre en la sala de recuperación;

$Prop_{CEExt}$ Proporción de tiempo de estadía total, que la paciente transcurre en el área de consulta externa;

$Prop_{Emerg}$ Proporción de tiempo de estadía total, que la paciente transcurre en la sala de emergencias;

$Sal_{minu_{Obst}}$ Salario ajustado al minuto para obstetrices

$$CU_{pers_{GO2^\circ}} = 20 * (N_{sello}) * \left(\frac{Prop_{salagral} + Prop_{cObst} + Prop_{salarec}}{2} \right) * (Sal_{minu_{GO}}) \quad [4]$$

Donde

$CU_{pers_{GO2^\circ}}$ Costo unitario de personal para gineco-obstetras del segundo nivel de atención;

$Sal_{minu_{GO}}$ Salario ajustado al minuto para gineco-obstetras

$$CU_{pers_{Obst3^\circ}} = 20 * (N_{sello}) * \frac{Prop_{CEExt}}{2} * (Sal_{minu_{Obst}}) \quad [5]$$

Donde

$CU_{pers_{Obst3^\circ}}$ Costo unitario de personal para obstetrices del tercer nivel de atención;

$Sal_{minu_{Obst}}$ Salario ajustado al minuto para obstetrices

$$CU_{pers_{GO3^\circ}} = 20 * (N_{sello}) * \left(\frac{Prop_{CEExt}}{2} + Prop_{Emerg} + Prop_{salagral} + Prop_{CObst} + Prop_{salarec} \right) * (Sal_{minu_{Obst}}) \quad [6]$$

Donde

$CU_{pers_{GO3^\circ}}$ Costo unitario de personal para gineco-obstetras del tercer nivel de atención;

$Sal_{minu_{Obst}}$ Salario ajustado al minuto para obstetrices

Para el caso de los cirujanos(as) y anestesiólogos(as), de quienes sí hay reporte explícito del tiempo dedicado a sus actividades (hojas de cirugía), se resolvió:

$$CU_{pers_{ciruj,anest}} = Sal_{minu_{ciruj,anest}} * t_{ciruj,anest} \quad [7]$$

Donde

$CU_{pers_{ciruj,anest}}$ Costo unitario de personal para cirujanos(as) y anestesiólogos(as);

$Sal_{minu_{ciruj,anest}}$ Salario ajustado al minuto para cirujanos(as) y anestesiólogos(as);

$t_{ciruj,anest}$ Tiempo destinado a la participación en cirugías, para cirujanos(as) y anestesiólogos(as)

Finalmente, se sumaron los resultados de las ecuaciones 2 a 7 para obtener el costo unitario de personal por las actividades desempeñadas (pases de visita, toma de signos vitales, cirugías):

$$CU_{pers} = CU_{pers_{gral}} + CU_{pers_{Obst2^\circ}} + CU_{pers_{GO2^\circ}} + CU_{pers_{Obst3^\circ}} + CU_{pers_{GO3^\circ}} + CU_{pers_{ciruj,anest}} \quad [8]$$

El costo unitario por el uso de los 186 medicamentos y los 112 insumos médicos registrados durante la revisión de HC, fue estimado mediante el producto de las cantidades utilizadas durante la atención (de acuerdo a lo reportado en la HC de cada paciente) por el precio de adquisición del medicamento o insumo médico reportado en los inventarios proporcionados por los ES). En los casos en que el precio del medicamento o del insumo no era reportado en dichos documentos, se imputó el precio faltante de la manera siguiente:

1. Utilizando el promedio de precios reportados por otros ES para ese medicamento o insumo médico
2. Con el valor máximo reportado para ese medicamento o insumo médico por otros ES
3. Usando el valor mínimo reportado para ese medicamento o insumo médico por otros ES
4. Usando el valor más frecuentemente reportado (moda) para ese medicamento o insumo médico por otros ES.

Con este procedimiento se estimaron cuatro valores de costos unitarios por el uso de medicamentos e insumos médicos. Se obtuvo además una quinta estimación mediante la media de estos cuatro escenarios.

Fue registrado el uso de 100 pruebas diferentes de laboratorio clínico e imagen en las atenciones exploradas, y su costo unitario fue obtenido a partir de lo reportado en el TPSNS, distinguiendo el nivel de atención donde se aplican. Dentro del tarifario, el costo unitario de cada prueba se obtiene multiplicando dos elementos: Unidades de Valor Relativo (UVR) y Factor de Conversión Monetario (FCM); el primero denota “[...] la asignación de valores ponderados a cada servicio/procedimiento, según estimaciones de costo, que permiten transformar los recursos consumidos en una actividad de costos

[...]” y tiene cinco componentes (tiempo de los profesionales, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el paciente, riesgo para el profesional); el segundo representa “*el valor monetario expresado en dólares americanos, [...] que se utiliza para establecer el reconocimiento de los costos directos e indirectos, que forman parte de la producción de los servicios de salud.*” y en el caso de las pruebas de laboratorio, fue usado un *factor de conversión diferenciado para los servicios institucionales*⁷ (entre ellos los servicios de apoyo diagnóstico –laboratorio, imagen).

El valor de las UVR en el caso del laboratorio se compone de los siguientes elementos:

- Uso de materiales directamente atribuibles al procedimiento
- Aporte de talento humano
- Empleo de área física
- Equipamiento
- Empleo de materiales de uso colectivo (no es factible su identificación individual)
- Uso de servicios generales (mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos)

Y en el caso de los estudios de imagen, incluye:

- Uso del equipo
- Aporte de talento humano (en radiología convencional, ecografía, tomografía y resonancia magnética)
- Uso de accesorios, instrumental e implementos
- Ropa estéril
- Materiales
- Gastos de personal (médicos y administrativos)
- Empleo de materiales de uso colectivo (no es factible su identificación individual)

⁷ El otro factor de conversión es un valor monetario diferenciado para los servicios profesionales médicos.

- Uso de servicios generales (mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos)

De la misma manera, el costo unitario de otras intervenciones (consultas de psicología/seguimientos, alimentación, transfusiones sanguíneas) proviene del TPSNS.

Métodos bienes de capital

Vida útil

En los casos en los que la vida útil no fuese reportada, para un bien en particular, por algún ES, se utilizó la señalada por otros ES para ese bien. Cuando no se reportó la vida útil de algún bien por ninguno de los ES, se utilizaron los datos reportados en el *Reglamento para aplicación de ley de régimen tributario interno, LORTI*⁸. Adicionalmente, se seleccionó una muestra de bienes para explorar en internet la vida útil reportada por el fabricante. Para la búsqueda se utilizaron las especificaciones del equipo, contenidas en las bases provistas por los ES; sin embargo, no siempre fue posible obtener la marca especificada, por lo que se utilizó lo encontrado para el tipo de equipo (genérico), independientemente del fabricante o la marca. Este ejercicio arrojó una alta concordancia entre lo contemplado por la Secretaría de Rentas Internas de Ecuador (SRI) y la vida útil reportada por el fabricante, por lo que se decidió detener la búsqueda y utilizar lo reportado por la SRI. Las especificaciones del reglamento se presentan en el

Cuadro Anexo 2.

Cuadro Anexo 2. Especificaciones del reglamento para aplicación de ley de régimen tributario interno, LORTI

Categoría	Tipo de bien	Vida útil estipulada (valores en años)
I	Inmuebles (excepto terrenos), naves, aeronaves, barcasas y similares	20

⁸

http://www.espol.edu.ec/sites/default/files/archivos_transparencia/Reglamento%20para%20la%20Aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20Ley%20de%20R%C3%A9gimen%20Tributario%20Interno%20actualizado%20a%20enero%202013.pdf

II	Instalaciones, maquinarias, equipos y muebles	10
III	Vehículos, equipos de transporte y equipo caminero móvil	5
IV	Equipos de cómputo y software	3

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M

Se consideró que los equipos médicos tienen mayor semejanza, de las cuatro categorías contenidas en el Reglamento, con la opción II: Instalaciones, maquinarias, equipos y muebles, por lo que, en los casos en que no hubiese reporte de vida útil para un determinado equipo médico, en ninguno de los 19 lugares visitados, se utilizó 10 años. En relación a los equipos de cómputo y software, aunque el reglamento señala una vida útil de 3 años, se utilizó el valor de 5 años que viene reportado para algunos de los ES.

Valor de reventa

Se utilizaron los valores de reventa reportados en las bases de datos provistas por los ES; sin embargo, se asumió que todos los bienes contenidos en los listados proporcionados están en uso y, por tanto, que su valor de reventa es mayor que 0. En virtud de lo cual se calcularon valores de reventa, tanto para los casos en que las bases reportan 0 como en los que reportan “ND” o simplemente no reportan algún valor. Los cálculos, que requieren conocer el precio de adquisición, el tiempo de uso del bien y la proporción anual de pérdida de valor del bien, difirieron en razón de los datos disponibles:

Cuando se disponía de la vida útil y el precio de adquisición, se prorrateó el precio de adquisición entre los años de vida útil, de acuerdo a los valores de reventa reportados por la Secretaría de Rentas Internas del Ecuador (ver Cuadro Anexo 3), pero, bajo el supuesto de valor de reventa mayor que 0, se consideró este en 5% en los casos que la vida útil había concluido.

Cuando se disponía de la fecha de adquisición pero no de la vida útil, se calculó mediante la diferencia de la fecha de adquisición y la fecha límite del proyecto (31/12/2015), y luego se siguió lo descrito en 1.

Cuando no se contó con la fecha de adquisición se asumió que el bien conservaba un 5% de su valor.

Los casos en los que no se reportaba la fecha de adquisición ni el precio fueron declarados como pérdida.

Cuadro Anexo 3. Valores de rescate o reventa estipulados por la Secretaría de Rentas Internas del Ecuador⁹

Categoría	Tipo de bien	Valores de rescate o reventa (valores en porcentaje)
I	Inmuebles (excepto terrenos), naves, aeronaves, barcasas y similares	5
II	Instalaciones, maquinarias, equipos y muebles	10
III	Vehículos, equipos de transporte y equipo caminero móvil	20
IV	Equipos de cómputo y software	33

Fuente: Equipo consultor INSP-M

Estimación de los costos

Para estimar el costo total anual para cada tipo de bien, se utilizó la fórmula de pago que se alimenta de un valor porcentual, equivalente en este caso a la tasa a la que se descuentan los bienes de capital, el precio de adquisición, la vida útil esperada y el valor de reventa o rescate (que es igual al valor que tiene el bien al momento de la medición, independientemente de su vida útil).

Posteriormente, los totales obtenidos fueron divididos entre la producción correspondiente. Esta producción fue proporcionada por el área de estadística de los establecimientos de salud visitados. Pero, dado que los

⁹ <http://www.sri.gov.ec/web/guest/depreciacion-acelerada-de-activos-fijos>

bienes de capital pueden ser utilizados por distintos servicios, se revisaron uno a uno para, a partir del tipo de bien y del área en que se encuentra ubicado, definir su participación o no en la atención hospitalaria de los padecimientos de interés. Los bienes fueron clasificados en tres tipos: *compartidos*, definidos como aquellos utilizados en labores ambulatorias y hospitalarias; *específicos*, son aquellos utilizados exclusivamente en hospitalización; *no de interés*, los que no son específicos y tampoco participan de forma compartida en la atención gineco-obstétrica; por sus características, estos últimos no fueron considerados en las estimaciones. También se excluyeron aquellos registros que:

- no correspondían a bienes de capital (por ejemplo “ángulo de palpación”),
- especificaban el área y ella correspondía a una distinta a las que proveen atención específica de salud sexual y reproductiva (por ejemplo el departamento de medicina física)
- señalaban como lugar de ubicación algún centro de salud,
- correspondían a bienes genéricos (como archivadores) y su ubicación no estuviese definida (señalara ND, oficina)
- se reportaban como “baja”

Aquellos bienes que registraron como ubicación “bienes devueltos” o “bienes nuevos”, pero que la descripción del bien permitiera identificar el servicio que los utiliza, fueron incluidos en la estimación, exceptuando a los *no de interés*.

En los casos en los que no se reportó el precio de adquisición, pero si la fecha de compra y valor de reventa, y el bien fue adquirido en 2015, se calculó el precio de adquisición mediante la fórmula:

Se omitieron los bienes para los que no se reportara alguno de los elementos de la fórmula anterior.

Anexo 8. Tasas de mortalidad en población general (10-49 años) en Ecuador, 2010-2017

Cuadro Anexo 4.

Variables	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Muertes						
General	13,570	13,268	12,686	12,099	12,180	11,954
Hombres	9,469	9,149	8,754	8,228	8,257	8,164
Mujeres	4,101	4,119	3,932	3,871	3,923	3,790
Población						
General	7,584,909	7,731,780	7,878,643	8,025,436	8,172,075	8,318,414
Hombres	3,761,008	3,832,696	3,904,512	3,976,373	4,048,214	4,119,956
Mujeres	3,823,901	3,899,084	3,974,131	4,049,063	4,123,861	4,198,458
Tasa de mortalidad general						
General	1.79	1.72	1.61	1.51	1.49	1.44
Hombres	2.52	2.39	2.24	2.07	2.04	1.98
Mujeres	1.07	1.06	0.99	0.96	0.95	0.90

Cuadro Anexo 5.

Variables	2016	2016 IC-	2016 IC+	2017	2017 IC-	2017 IC+
Muertes						
General	11,433	10,912	11,954	11,433	10,422	11,763
Hombres	7,697	7,255	7,989	7,420	6,851	7,989
Mujeres	3,736	3,657	3,966	4,014	3,571	3,774
Población						
General	8,465,396	8,464,922	8,465,871	8,612,117	8,611,506	8,612,727
Hombres	4,191,775	4,191,651	4,191,900	4,263,580	4,263,420	4,263,740
Mujeres	4,273,621	4,273,271	4,273,971	4,348,537	4,348,086	4,348,987
Tasa de mortalidad general						
General	1.35	1.29	1.41	1.33	1.21	1.37
Hombres	1.84	1.73	1.91	1.74	1.61	1.87
Mujeres	0.87	0.86	0.93	0.92	0.82	0.87

Nota: El número de muertes en 2016 y 2017 fue estimado mediante una regresión lineal simple, con el tiempo como la variable independiente.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2010-2015) y las proyecciones poblacionales del INEC (2010-2020).

Anexo 9. Tasas de mortalidad en población general (10-49 años) en Ecuador, 2010-2017. Por grupos de edad

Cuadro Anexo 6.

Variables	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Muertes en hombres						
12 a 14	292	292	281	284	251	270
15 a 19	1028	964	995	876	831	874
20 a 24	1519	1471	1445	1318	1281	1320
25 a 29	1574	1572	1408	1310	1347	1257
30 a 34	1437	1383	1320	1251	1214	1155
35 a 39	1173	1150	1106	1104	1119	1131
40 a 44	1314	1229	1184	1097	1166	1124
45 a 49	1424	1380	1296	1272	1299	1303
Muertes en mujeres						
12 a 14	219	204	199	207	201	185
15 a 19	481	509	449	465	406	396
20 a 24	533	463	430	441	452	430
25 a 29	496	491	516	443	429	444
30 a 34	492	526	487	486	484	461
35 a 39	567	544	530	555	584	577
40 a 44	704	696	649	646	674	681
45 a 49	828	890	871	835	894	801
Población hombres						
12 a 14	453,232	459,127	464,836	470,277	475,357	480,022
15 a 19	708,093	718,894	729,551	739,966	750,074	759,843
20 a 24	648,668	658,170	668,017	678,224	688,723	699,371
25 a 29	595,171	604,489	613,651	622,742	631,871	641,130
30 a 34	538,043	549,368	560,340	570,883	580,988	590,711
35 a 39	477,297	488,667	500,275	512,017	523,784	535,455
40 a 44	422,672	432,412	442,448	452,840	463,605	474,725
45 a 49	371,064	380,696	390,230	399,701	409,169	418,721
Población mujeres						
12 a 14	460,811	467,079	473,125	478,873	484,240	489,169
15 a 19	719,933	731,346	742,560	753,492	764,090	774,320
20 a 24	659,516	669,571	679,927	690,622	701,593	712,697

25 a 29	605,123	614,959	624,592	634,126	643,679	653,347
30 a 34	547,041	558,883	570,332	581,320	591,844	601,967
35 a 39	485,278	497,132	509,196	521,377	533,572	545,657
40 a 44	429,741	439,902	450,337	461,119	472,268	483,771
45 a 49	377,269	387,291	397,187	407,007	416,815	426,699
Tasa de mortalidad general hombres						
12 a 14	0.00064	0.00064	0.00060	0.00060	0.00053	0.00056
15 a 19	0.00145	0.00134	0.00136	0.00118	0.00111	0.00115
20 a 24	0.00234	0.00223	0.00216	0.00194	0.00186	0.00189
25 a 29	0.00264	0.00260	0.00229	0.00210	0.00213	0.00196
30 a 34	0.00267	0.00252	0.00236	0.00219	0.00209	0.00196
35 a 39	0.00246	0.00235	0.00221	0.00216	0.00214	0.00211
40 a 44	0.00311	0.00284	0.00268	0.00242	0.00252	0.00237
45 a 49	0.00384	0.00362	0.00332	0.00318	0.00317	0.00311
Tasa de mortalidad general mujeres						
12 a 14	0.00048	0.00044	0.00042	0.00043	0.00042	0.00038
15 a 19	0.00067	0.00070	0.00060	0.00062	0.00053	0.00051
20 a 24	0.00081	0.00069	0.00063	0.00064	0.00064	0.00060
25 a 29	0.00082	0.00080	0.00083	0.00070	0.00067	0.00068
30 a 34	0.00090	0.00094	0.00085	0.00084	0.00082	0.00077
35 a 39	0.00117	0.00109	0.00104	0.00106	0.00109	0.00106
40 a 44	0.00164	0.00158	0.00144	0.00140	0.00143	0.00141
45 a 49	0.00219	0.00230	0.00219	0.00205	0.00214	0.00188

Cuadro Anexo 7.

Variables	2016	2016 IC-	2016 IC+	2017	2017 IC-	2017 IC+
Muertes en hombres						
12 a 14	255	230	281	249	216	281
15 a 19	799	701	897	762	636	888
20 a 24	1223	1124	1322	1175	1048	1302
25 a 29	1176	1053	1298	1108	951	1265
30 a 34	1095	1076	1114	1038	1014	1062
35 a 39	1100	1044	1156	1091	1020	1163
40 a 44	1063	953	1173	1028	887	1169
45 a 49	1242	1147	1337	1217	1095	1339
Muertes en mujeres						
12 a 14	185	169	202	181	160	202
15 a 19	379	325	433	359	289	428
20 a 24	404	337	472	389	302	476
25 a 29	418	360	476	403	329	477
30 a 34	461	423	499	453	404	502
35 a 39	579	533	625	585	526	643
40 a 44	657	600	713	651	579	724
45 a 49	837	742	932	833	711	955
Población hombres						
12 a 14	485,950	484,845	487,055	491,324	489,903	492,744
15 a 19	769,219	769,219	769,219	778,119	778,119	778,119
20 a 24	709,993	709,993	709,993	720,451	720,451	720,451
25 a 29	650,628	650,628	650,628	660,445	660,445	660,445
30 a 34	600,139	600,139	600,139	609,374	609,374	609,374
35 a 39	546,881	546,881	546,881	557,947	557,947	557,947
40 a 44	486,141	486,141	486,141	497,769	497,769	497,769
45 a 49	428,464	428,464	428,464	438,495	438,495	438,495
Población mujeres						
12 a 14	495,452	494,254	496,650	501,138	499,598	502,678
15 a 19	784,141	784,141	784,141	793,468	793,468	793,468
20 a 24	723,768	723,768	723,768	734,663	734,663	734,663

25 a 29	663,251	663,251	663,251	673,473	673,473	673,473
30 a 34	611,781	611,781	611,781	621,396	621,396	621,396
35 a 39	557,490	557,490	557,490	568,954	568,954	568,954
40 a 44	495,572	495,572	495,572	507,589	507,589	507,589
45 a 49	436,777	436,777	436,777	447,146	447,146	447,146
Tasa de mortalidad general hombres						
12 a 14	0.00053	0.00047	0.00058	0.00051	0.00044	0.00057
15 a 19	0.00104	0.00091	0.00117	0.00098	0.00082	0.00114
20 a 24	0.00172	0.00158	0.00186	0.00163	0.00145	0.00181
25 a 29	0.00181	0.00162	0.00199	0.00168	0.00144	0.00192
30 a 34	0.00182	0.00179	0.00186	0.00170	0.00166	0.00174
35 a 39	0.00201	0.00191	0.00211	0.00196	0.00183	0.00208
40 a 44	0.00219	0.00196	0.00241	0.00207	0.00178	0.00235
45 a 49	0.00290	0.00268	0.00312	0.00278	0.00250	0.00305
Tasa de mortalidad general mujeres						
12 a 14	0.00037	0.00034	0.00041	0.00036	0.00032	0.00040
15 a 19	0.00048	0.00041	0.00055	0.00045	0.00036	0.00054
20 a 24	0.00056	0.00046	0.00065	0.00053	0.00041	0.00065
25 a 29	0.00063	0.00054	0.00072	0.00060	0.00049	0.00071
30 a 34	0.00075	0.00069	0.00082	0.00073	0.00065	0.00081
35 a 39	0.00104	0.00096	0.00112	0.00103	0.00092	0.00113
40 a 44	0.00132	0.00121	0.00144	0.00128	0.00114	0.00143
45 a 49	0.00192	0.00170	0.00213	0.00186	0.00159	0.00213

Nota: El número de muertes en 2016 y 2017 fue estimado mediante una regresión lineal simple, con el tiempo como la variable independiente.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de la BD defunciones generales (2010-2015) y las proyecciones poblacionales del INEC (2010-2020).

Anexo 10. Casos registrados de esterilizaciones femeninas (ligadura) y masculinas (vasectomía). Ecuador, 2006-2015

Cuadro Anexo 8.

Año	Vasectomía	Ligadura	Total
2006	124	5,415	5,539
2007	120	5,214	5,334
2008	108	4,901	5,009
2009	149	5,795	5,944
2010	193	5,367	5,560
2011	197	5,395	5,592
2012	277	6,203	6,480
2013	302	5,884	6,186
2014	182	5,285	5,467
2015	119	3,153	3,272
Total	1,771	49,459	54,383

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, a partir de las BD de egresos hospitalarios, 2006-2015.

Anexo 11. Escenarios para la estimación de NIPF en Ecuador

A continuación se presentan las tablas con las distintas distribuciones de métodos anticonceptivos, utilizadas para construir las poblaciones en los ocho escenarios estimados:

- a. Dato oficial de NIPF y reporte de uso actual de métodos. Tabla anexa 3
- b. Dato oficial de NIPF y reporte de uso actual de métodos, considerando solamente los modernos. Tabla anexa 4
- c. Dato oficial de NIPF y reporte de uso deseado de método. Tabla anexa 5
- d. Dato oficial de NIPF y reporte de uso deseado de método, considerando solamente los modernos. Tabla anexa 6
- e. Estimación propia de NIPF y reporte de uso actual de métodos. Tabla anexa 7
- f. Estimación propia de NIPF y reporte de uso actual de métodos, considerando solamente los modernos. Tabla anexa 8
- g. Estimación propia de NIPF y reporte de uso deseado de método. Tabla anexa 9
- h. Estimación propia de NIPF y reporte de uso deseado de método, considerando solamente los modernos. Tabla anexa 10

Condón femenino	0.0	0.07	0.17	0.36	0.14	0.08	0.49	0.25
Condón masculino	14.33	12.54	11.11	9.39	7.80	5.46	4.55	4.26
Ritmo, calendario	0.0	6.04	7.99	7.15	6.57	8.73	9.28	7.46
Retiro	0.0	11.19	8.79	8.50	8.54	4.98	5.35	3.67

Nota: Los porcentajes pueden no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, usando el algoritmo planteado en ENDEMAIN.

Tabla anexa 8. Uso reportado (en porcentaje) de anticonceptivos, por método y grupo de edad. Solamente métodos modernos

Método	12 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Esterilización masculina	0.0	0.0	0.000	0.117	0.444	0.806	0.485	0.195
Esterilización femenina	0.0	0.048	5.362	17.726	41.544	59.533	75.670	83.873
DIU	0.0	9.588	7.621	11.447	7.776	5.549	5.003	3.435
Inyección anticonceptiva	6.608	24.010	26.689	23.046	16.643	13.230	6.626	2.327
Implante	14.787	22.503	22.006	14.752	6.979	3.601	0.652	0.586
Pastillas anticonceptivas	64.279	28.189	24.335	21.151	17.056	10.781	5.634	4.513
Condón femenino	0.0	0.090	0.215	0.430	0.170	0.090	0.581	0.277
Condón masculino	14.327	15.571	13.772	11.332	9.387	6.410	5.349	4.793

Notas: Se redistribuyeron los porcentajes luego de eliminar los correspondientes a métodos tradicionales (vaginales, ritmo, retiro). Aunque la OMS clasifica a MELA como un método moderno, fue excluido de este escenario pues la duración del período de amenorrea tiene un máximo de 6 meses; luego, de esto, la mujer requiere usar otro método anticonceptivo. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, usando el algoritmo planteado en ENDEMAIN.

Tabla anexa 9. Deseo de uso reportado (en porcentaje) de anticonceptivos, por método y grupo de edad

Método	12 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Esterilización masculina	0.0	0.0	0.9	0.3	0.0	3.4	0.0	1.9
Esterilización femenina	2.0	1.2	3.9	11.0	20.0	22.0	22.4	5.6
Implante	10.7	21.4	35.1	29.5	28.4	18.7	16.3	2.9
Inyección anticonceptiva	11.2	23.7	26.1	29.4	27.5	25.0	22.5	12.6
Pastillas anticonceptivas	49.1	30.0	18.2	12.9	13.5	11.4	9.1	31.5
DIU	1.5	7.8	7.4	9.5	3.8	6.3	7.8	31.6
Píldora de emergencia	1.1	0.9	1.0	1.7	0.5	0.3	0.0	0.0
Condón	18.1	11.7	6.2	3.3	3.5	4.5	7.7	9.1
Métodos vaginales	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Retiro	3.5	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	2.2	0.0
Ritmo, calendario	1.5	3.4	1.3	2.0	2.7	8.3	12.1	4.8

Nota: Los porcentajes pueden no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, usando el algoritmo planteado en ENDEMAIN.

Tabla anexa 10. Deseo de uso reportado (en porcentaje) de anticonceptivos, por método y grupo de edad. Solamente métodos modernos

Método	12 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Esterilización masculina	-	-	0.09	0.03	0.000	3.7	-	2.0
Esterilización femenina	2.1	1.2	4.0	11.2	20.6	24.0	26.1	05.8
Implante	11.4	22.2	35.5	30.3	29.2	20.4	19.0	3.1
Inyección anticonceptiva	12.0	24.6	26.5	30.1	28.2	27.3	26.3	13.2
Pastillas anticonceptivas	52.5	31.1	18.5	13.2	13.9	12.5	10.6	33.1
DIU	1.6	8.0	7.5	9.8	3.9	6.9	9.1	33.2
Píldora de emergencia	1.1	0.09	1.0	1.7	0.05	0.03	-	-
Condón	19.3	12.1	6.3	3.4	3.6	5.0	9.0	9.6

Notas: Se redistribuyeron los porcentajes luego de eliminar los correspondientes a métodos tradicionales (vaginales, ritmo, retiro). Los porcentajes pueden no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M, usando el algoritmo planteado en ENDEMAIN.

Anexo 12. Estimación del costo unitario de la atención prenatal, a partir del TPSNS

1. En el documento, se buscó el reporte del costo unitario para el control prenatal con y sin riesgo.

a. La atención de embarazos *sin riesgo* incluye:

- Asesoría/consejería (de 4 a 6 consultas)
- Evaluación fetal básica en el último trimestre
- Pruebas de laboratorio clínico (hemograma completo, dos exámenes generales de orina, cultivo de orina –en caso necesario, creatinina en sangre, glucosa en sangre, prueba de sífilis cualitativa, prueba rápida o ELISA para VIH, tipificación de sangre, citopatología cervical o vaginal, vacunación antitetánica, suplementación con ácido fólico para el período gestacional completo y suplementación con sulfato ferroso para un mes)
- Estudios de imagen (dos ultrasonidos obstétricos transvaginales/pélvicos)

b. La atención de embarazos con *riesgo* incluye:

- Asesoría/consejería (al menos 7 consultas)
- Evaluación fetal básica en el último trimestre
- Estudios de laboratorio clínico (hemograma completo, medición de hemoglobina, dos exámenes generales de orina, dos cultivos de orina en caso necesario, creatinina en sangre, glucosa en sangre, dos pruebas de sífilis cualitativa, dos pruebas rápidas o ELISA para VIH, tipificación de sangre, citopatología cervical o vaginal, vacunación antitetánica, suplementación con ácido fólico para el período gestacional completo y suplementación con sulfato ferroso para un mes)
- Estudios de imagen (dos ultrasonidos obstétricos transvaginales/pélvicos)

2. Se estimó el costo unitario de la atención prenatal sin riesgo cuando se otorgan 4, 5 o 6 consultas, y de la atención prenatal de las mujeres que presentan algún riesgo obstétrico y que en consecuencia requirieron al menos 7 consultas.
3. Se promediaron los costos obtenidos en el numeral anterior (CU para 4, 5, 6 y 7 consultas), para obtener un costo unitario independiente al nivel de riesgo del embarazo, puesto que en la BD nacidos vivos no se reporta este dato, y no fue posible estimar su distribución a partir de otras fuentes
4. Se obtuvo el intervalo de confianza al 95%

Anexo 13. Parámetros utilizados en el análisis de sensibilidad realizado en el costo total de embarazos no intencionados

Cuadro Anexo 9.

Parámetro	Valor medio	IC-	IC+
Embarazos no intencionados (porcentaje)			
10 a 14	100.0	-	-
15 a 19	61.8	58.4	65.2
20 a 24	73.3	70.4	76.1
25 a 29	65.1	61.8	68.4
30 a 34	39.6	35.6	43.6

35 a 39	72.8	67.8	77.7
40 a 44	61.4	51.4	71.5
45 a 49	100.0	-	-
Se desconoce	62.3	57.6	67.1
CU control prenatal	50.0	45.2	54.9
CU atención del parto por vía vaginal			
Amazonía	272.9	144.5	401.4
Costa	228.9	192.3	265.5
Sierra	267.1	243.4	290.8
CU atención del parto por cesárea			
Amazonía	369.6	252.6	486.6
Costa	340.6	292.7	388.4
Sierra	371.2	306.8	435.7
CU atención de otros productos anormales de la concepción	240.8	130.1	351.5
CU atención del aborto incompleto			
Amazonía	201.3	155.0	247.5
Costa	186.7	100.0	273.4
Sierra	219.9	205.4	234.4
CU atención de hemorragia			
Amazonía	289.0	213.2	364.8
Costa	252.9	84.5	421.4
Sierra	284.0	175.0	393.1
CU atención de IVU			
Amazonía	344.3	282.2	406.4
Costa	245.9	214.3	277.6
Sierra	239.5	197.2	281.7
CU atención del parto obstruido			
Amazonía ²	607.6	554.1	661.0
Costa	394.8	317.6	472.0
Sierra	448.6	406.6	490.5
Promedio de controles prenatales realizados, por grupo de edad (partos vaginales)			
10 a 14	5.3	5.1	5.4
15 a 19	5.8	5.8	5.9
20 a 24	6.1	6.0	6.1
25 a 29	6.2	6.2	6.2
30 a 34	6.2	6.1	6.2
35 a 39	6.1	6.0	6.1
40 a 44	5.8	5.6	5.9
45 a 49	5.4	4.9	5.9
CU atención infección de herida quirúrgica			

Amazonía	268.2	112.9	423.4
Costa	935.0	254.2	1,615.9
Sierra	528.4	306.1	750.7
CU atención cesárea de emergencia			
Amazonía	266.2	251.7	280.7
Costa	346.9	321.0	372.8
Sierra	589.9	506.2	673.7
CU atención de pre-eclampsia			
Amazonía	254.5	90.3	418.7
Costa	451.4	303.4	599.4
Sierra	478.6	172.3	784.9
CU atención del embarazo ectópico	399.7	303.5	495.9
CU atención de hemorragia post-aborto	483.7	252.1	715.2
CU atención HTA gestacional			
Amazonía	396.6	239.4	553.8
Costa	236.4	127.8	345.0
Sierra	239.4	81.7	397.2
CU atención del parto vaginal (con óbito)	804.2	664.6	943.8
CU atención del parto por cesárea (con óbito)	345.3	100.6	589.9
CU atención de sepsis puerperal	366.5	247.4	485.6
CU interrupción del embarazo con LUI			
Amazonía	226.9	157.6	296.3
Costa	158.9	62.7	255.1
Sierra	231.7	205.4	258.0
CU atención de sepsis post-aborto	285.3	236.9	333.6
CU atención del embarazo molar	395.8	336.7	454.9
CU atención de eclampsia/síndrome de HELLP	1,180.9	478.3	1,883.5
Frecuencia de interrupción del embarazo con fármacos (porcentaje)			
Amazonía	18.0	3.0	63.0
Costa	13.0	8.0	21.0
Sierra	26.0	7.0	61.0
Frecuencia de interrupción del embarazo con AMEU (porcentaje)			
Amazonía	21.0	5.0	56.0
Costa	14.0	11.0	18.0
Sierra	42.0	13.0	78.0
Frecuencia de interrupción del embarazo con LUI (porcentaje)			
Amazonía	61.0	27.0	87.0
Costa	72.0	67.0	77.0
Sierra	32.0	20.0	47.0

CU interrupción del embarazo con fármacos			
Amazonía	153.5	135.8	171.2
Costa	120.5	48.8	192.2
Sierra	209.9	196.5	223.2
CU atención de dehiscencia de herida quirúrgica	176.0	162.6	189.3
CU atención de otras complicaciones post-aborto	202.1	154.3	249.9
CU interrupción del embarazo con AMEU			
Amazonía	336.6	178.3	494.9
Costa	115.7	103.0	128.5
Sierra	229.5	191.9	267.1
Promedio de controles prenatales realizados, por grupo de edad (cesáreas)			
10 a 14	5.5	5.7	5.7
15 a 19	6.1	6.2	6.2
20 a 24	6.4	6.5	6.5
25 a 29	6.7	6.7	6.7
30 a 34	6.7	6.8	6.8
35 a 39	6.7	6.8	6.8
40 a 44	6.5	6.6	6.6
45 a 49	6.6	7.2	7.2

CU: Costo Unitario; IC: Intervalo de confianza

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Anexo 14. Cuantificación de las técnicas de evacuación uterina utilizadas en la atención de aborto y sus complicaciones

Generación y limpieza de la base de datos

En Microsoft Excel se generaron las entradas y se hizo la limpieza inicial de los datos, homologando las categorías de variables, como el tipo de aborto diagnosticado, establecimiento de salud donde se proveyó la atención, edad, etnia, nacionalidad, seguro de salud, estado civil, ocupación, acompañante, escolaridad, zona y región geográfica de residencia de la usuaria y técnica de evacuación endouterina empleada.

En Stata v.12 se completó el proceso de limpieza, transformando aquellas variables que al ser exportadas desde Excel quedaron almacenadas

como cadenas de texto ('str'). Estas fueron posteriormente codificadas según sus diferentes categorías (véase

Tabla anexa 11).

Tabla anexa 11. Variables consideradas en el análisis para obtener la proporción de uso de técnicas de evacuación uterina*

Tipo de variables	Nombre de la variable	Tipo de variable
De demanda	Grupo de edad	Categórica, ordinal: quinquenios
	Escolaridad	Categórica, ordinal: Ninguna, Primaria (completa e incompleta), Secundaria (completa e incompleta), Superior
	Etnia	Categórica, nominal: mestiza, blanca, indígena, afroecuatoriana, montubia
	Nacionalidad	Categórica, nominal: ecuatoriana, colombiana, peruana, otras
	Seguro de salud	Categórica, nominal: Ninguno, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), campesino, policía, privado
	Ocupación	Categórica, nominal: Ama de casa, estudiante, comerciante, empleada, agricultora, profesora, otra
	Acompañante	Categórica, nominal: Amiga(o) / Conocida(o); Esposo / Pareja / Novio / Conviviente; Hermana(o) / Familiar de ella; Madre / Padre(s); Suegra(o) / Cuñada(o)/Familiar de la pareja; Sin Acompañante
	Zona	Categórica, nominal: Urbana, rural
	Diagnóstico	Categórica, nominal: Aborto completo, diferido, incompleto, séptico,
	Técnica	Categórica, nominal: LUI, AMEU, medicamento, otra
	Semanas de gestación*	Numérica, discreta

De oferta	Nivel de atención del establecimiento de salud	Categoría, ordinal: 2do o 3er nivel
	Región geográfica donde se ubica el establecimiento de salud	Categoría, nominal: Sierra, Amazonía, Costa

*Para todas las variables categóricas se calcularon proporciones; para las semanas de gestación (única variable numérica) se calculó la media y desviación estándar (véase la sección de resultados).

Fuente: Elaborada por el equipo consultor del Instituto Nacional de Salud Pública (México).

Luego, a partir de las variables existentes en la BD, se generaron o re-categorizaron algunas variables para realizar los análisis de interés (grupos de edad, semanas de gestación, técnica de evacuación endouterina utilizada, región geográfica en que se ubica el ES que proveyó la atención y condición de aseguramiento en salud). Tabla anexa 12.

Tabla anexa 12. Variables creadas o modificadas para el análisis de abortos, a partir de variables originales

Variable original	Tipo	Variable generada	Tipo	Categorías
Edad	Numérica, discreta	Grupo de edad	Categoría, ordinal	10 a 19; 20 a 34; 35 y más
Semanas de gestación	Numérica, continua	Semanas de gestación	Dicotómica	Menos de doce; más de 12
Seguro de salud	Categoría, nominal	Seguridad social (SS)	Dicotómica	Con SS; Sin SS¹
Técnica de evacuación del útero	Categoría, nominal	Técnica de evacuación del útero	Dicotómica	LUI, Otra²
Provincia de atención aborto	Categoría, nominal	Región geográfica de atención al aborto	Categoría, nominal	Sierra, Amazonía, Costa³

¹ Categorías originales: Con SS = IESS, ISSPOL, Campesino, Seguro privado; Sin SS = Ninguno. ² Categorías originales: LUI = LUI; Otra = AMEU, medicamento. ³Sierra = Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" (Quito) Hospital Cantonal de Salcedo "Yerovi Mackuar", Hospital Cantonal de Machachi, Hospital "Vicente Corral Moscoso" (Cuenca), Hospital "Homero Castanier Crespo" (Azogues), Hospital "José Félix Valdivieso" (Santa Isabel), Hospital "Isidro Ayora" (Loja); Amazonía = Hospital "Francisco De Orellana" (Coca), Hospital Básico de Shushufindi, Hospital "Dr. Marco Vinicio Iza Hernández" (Lago Agrio), Hospital Provincial de

Pastaza, Hospital de Macas, Hospital Básico de Sucúa, Sierra = Hospital Materno-Infantil del Guasmo "Matilde Hidalgo" (Guayaquil), Hospital Santa Mariana de Jesús (Guayaquil), Hospital Cantonal "Dr. José Cevallos Ruiz" (Yaguachi), Hospital "Martín Icaza" (Babahoyo), Hospital Cantonal "Jaime Roldós Aguilera" (Ventanas), Hospital "Gustavo Domínguez Zambrano" (Santo Domingo).

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Análisis de datos

Un paso previo al análisis de los datos consistió en el cálculo de factores de expansión a la población general (i.e. trasladar las proporciones obtenidas en la muestra estudiada a los 22,782 casos de aborto (N) registrados en los 121 ES que integraron el universo muestral, obtenidos de la BD egresos hospitalarios 2014).

Los factores de expansión se calcularon siguiendo las dos etapas del muestreo; es decir, para reflejar la probabilidad de selección de cada caso, se considera la probabilidad de selección del ES y la probabilidad de selección de un caso dentro de él.

En la primera, considerando que se trata de un muestreo con probabilidad de selección proporcional al tamaño del establecimiento, el factor de expansión se calculó como:

$$fe_{ES} = \frac{N}{19 \cdot total_casos_ES_i}$$

Donde el numerador refleja el total de casos del universo muestral dividido entre los 19 ES seleccionados, y el denominador contiene el total de casos en cada ES.

Por otra parte, para cada hospital se estimó el ponderador de cada caso como:

$$fe_i = 1 / \left(\frac{casos_seleccionados_ES_i}{total_casos_ES_i} \right)$$

De esta forma, el ponderador final de cada caso es:

$$fe = \frac{1}{\left(\frac{1}{fe_{ES}}\right) * \left(\frac{1}{fe_i}\right)}$$

Se excluyeron del análisis:

1. Aquellos diagnósticos que no correspondían a abortos (i.e. embarazos molares, ectópicos). El total de éstos fue 41.
2. Aquellos registros en donde la técnica de evacuación del útero no correspondiese a LUI, AMEU o fármacos (e.g. laparotomía, salpingectomía). El total de éstos fue 53.

De esta manera se redujo la muestra a 652 registros, que fueron incluidos en el análisis.¹⁰Mismo que comenzó con la descripción de las variables de interés, y específicamente con la técnica de evacuación endouterina utilizada, que es el fenómeno estudiado. Posteriormente, se analizaron las variables que se considera contribuyen a explicar, directa o indirectamente, dicho fenómeno.

De acuerdo con la *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente* vigente en Ecuador y la GPC de atención del aborto terapéutico, el tipo de técnica utilizada (LUI, AMEU, medicamentos) está en función de la edad gestacional al momento de ocurrencia del aborto. En el documento se recomienda utilizar LUI solo en los casos en que la edad gestacional supere las doce semanas (174).

Para verificar la adopción de esta recomendación, se realizó, en Stata, un análisis de riesgo relativo construyendo una tabla de contingencia con las semanas de gestación (sdg) como el factor de exposición, definido el grupo

¹⁰Adicionalmente, y según la categoría correspondiente, no se consideraron en el análisis a los registros en que no se reportara información (identificados como 'NSI').

con menos de 12 semanas de gestación como *expuestos* y las gestaciones con más de 12 semanas, que son las que deberían recibir este tipo de atención, como grupo control. La técnica de evacuación uterina empleada se tomó como el desenlace (LUI= presencia del fenómeno; Otra técnica – AMEU/fármacos = ausencia del fenómeno).

Figura 1. Esquema para el análisis de riesgo relativo

		Desenlace (presentan el fenómeno)	
		No (Otra)	Sí (LUI)
Exposición (semanas de gestación)	No (más de 12)	a	b
	Sí (menos de 12)	c	d

Fuente: Elaboración equipo consultor del Instituto Nacional de Salud Pública (México).

Luego, para obtener la razón de riesgo relativo, se operó el cociente entre la probabilidad de desarrollar el fenómeno en el grupo de expuestos (mujeres a las que se hace LUI antes de las doce sdg), y la probabilidad de desarrollar el evento en el grupo de no expuestos (mujeres a las que se hace LUI luego de las doce sdg):

$$RR = \frac{\frac{d}{c+d}}{\frac{b}{a+b}} = \frac{d(a+b)}{b(c+d)}$$

Donde

RR= Razón de riesgo relativo.

a= Mujeres tratadas con AMEU/fármacos y presentan edad gestacional superior a las 12 semanas.

b= Mujeres a las que se les realizó LUI y presentan más de 12 sdg.

c= Mujeres tratadas con AMEU/fármacos y presentan edad gestacional menor a las 12 semanas.

d= Mujeres a las que se les realizó LUI y presentan menos de 12 sdg.

Para generar este cociente en Stata se ajustó un modelo lineal generalizado (*generalized linear model*), utilizando una función con distribución binomial y una función de enlace logarítmica (*log*), contenidas en el comando 'binreg' (175).

Resultados

Las características sociodemográficas de la población se presentan en la Tabla anexa 13. La media de edad fue de 26.86 años (IC 95%: 25.34-28.38); 20.8% eran adolescentes (10 a 19 años de edad). En relación a la escolaridad, 48.8% del total contaban con secundaria completa o incompleta y casi cuarenta por ciento había concluido la primaria. Respecto a la pertenencia a algún grupo étnico, en su mayoría (84.2%) se reportaron como mestizas; una proporción de 9.9% se reportó como indígena o afroecuatoriana.

El 75.7% de usuarias reportaron tener pareja (casadas o unidas), y el 23.9% eran solteras. En su mayoría (57.8%) fueron acompañadas de su pareja o de sus padres (22.1%) al momento de recibir atención. Predominó la ocupación *ama de casa* (66.5%) y la residencia en zona urbana (67.4%); siete de cada 10 reportaron que no contaban con seguridad social. Prácticamente

Tabla anexa 13. Características sociodemográficas de las usuarias de los servicios de atención posaborto

Categoría	Casos (n=652)	Casos (N=20,742.4*)	Proporción (%)	IC 95%
Grupo de edad				

10 a 19	109	4,307.30	20.8	(14.5, 28.9)
20 a 34	405	12,399.90	59.8	(51.3, 67.7)
más de 35	138	4,035.20	19.5	(12.8, 28.5)
Escolaridad				
Ninguna	11	98.7	0.5	(0.1, 1.6)
Primaria Completa	196	7,898.20	38.1	(30.6, 46.2)
Primaria Incompleta	40	869.6	4.2	(2, 8.7)
Secundaria Completa	194	5,232.20	25.2	(20, 31.2)
Secundaria Incompleta	129	4,891.20	23.6	(16.8, 32.1)
Superior	67	907.3	4.4	(2.3, 8.2)
NSI**	15	845.2	4.1	(1.9, 8.6)
Etnia				
Afroecuatoriana	9	54.6	0.3	(0.1, 1.1)
Blanca	4	203.4	1.0	(0.2, 4.2)
Indígena	50	1,976.20	9.5	(3.3, 24.3)
Mestiza	558	17,469.50	84.2	(72.7, 91.4)
Montubia	1	17.2	0.1	(0, 0.8)
NSI**	30	1,021.50	4.9	(2.3, 10.3)
Nacionalidad				
Ecuatoriana	643	20,562.00	99.1	(96.7, 99.8)
Otras***	7	67.3	0.3	(0.1, 1.1)
NSI**	2	113.1	0.5	(0.1, 4)
Cuenta con seguridad social				
Sí	52	1,018.50	4.9	(2, 11.5)
No	364	14,622.20	70.5	(56.5, 81.4)
NSI**	236	5,101.60	24.6	(15.9, 36.1)
Estado civil				
Casada	170	6,068.70	29.3	(15.1, 49.1)
Divorciada	7	43.4	0.2	(0.1, 0.7)
Soltera	153	4,959.90	23.9	(19.9, 28.4)
Unión libre	316	9,618.80	46.4	(31.2, 62.3)
NSI**	6	51.6	0.2	(0.1, 1.2)
Ocupación				
Ama de Casa	418	13,801.60	66.5	(58.3, 73.9)
Estudiante	77	1,876.60	9.0	(5.1, 15.6)
Comerciante	22	668.2	3.2	(0.6, 14.7)
Empleada	16	142.6	0.7	(0.2, 2.8)
Agricultora	10	1,154.80	5.6	(1.5, 18.4)
Profesora	10	264.2	1.3	(0.4, 3.9)
Otra	52	2,211.60	10.7	(6.7, 16.5)
NSI**	47	622.7	3.0	(1.1, 7.9)
Acompañante				

Amiga(o) / Conocida(o)	17	175.9	0.8	(0.3, 2.6)
Esposo / Pareja / Novio / Conviviente	350	11,992.00	57.8	(46.7, 68.2)
Hermana(o) / Familiar de ella	89	2,354.60	11.4	(8.5, 14.9)
Madre / Padre(s)	112	4,577.70	22.1	(13.3, 34.3)
Sin Acompañante	21	312.1	1.5	(0.3, 6.5)
Suegra / Suegro / Cuñada(o)/Familiar de la pareja	33	1,062.10	5.1	(2.7, 9.6)
NSI**	30	267.9	1.3	(0.4, 4.2)
Zona				
Rural	156	5,464.00	26.3	(16.9, 38.6)
Urbana	428	13,974.50	67.4	(50.6, 80.6)
NSI**	68	1,303.90	6.3	(1.8, 19.8)

*Número de casos ajustados con factores de expansión; **No se indica; *** Colombiana, China, Cubana, Dominicana, Estadounidense, Peruana.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

La mayoría de los casos (68.2%) fueron diagnosticados como aborto incompleto, seguidos de los abortos diferidos que acumularon 29.3% de las atenciones. No se observaron abortos terapéuticos (Tabla anexa 14).

Tabla anexa 14. Diagnóstico de egreso hospitalario posaborto

Categoría	Casos (n=652)	Casos (N=20,742.4*)	Proporción (%)	IC 95%
Diagnóstico de egreso				
Aborto completo	26	468.9	2.3	(1.1, 4.6)
Aborto diferido	169	6,087.00	29.3	(22.4, 37.4)
Aborto incompleto	453	14,146.20	68.2	(59.9, 75.5)
Aborto séptico	4	40.3	0.2	(0, 1.7)
Aborto terapéutico	0	0	0	0

*Número de casos ajustados con factores de expansión.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Respecto de las técnicas de evacuación endouterina empleadas para la atención de complicaciones posaborto, predomina el uso del legrado uterino instrumental (LUI), con poco más de la mitad del total de casos, seguido por la aspiración manual endouterina (AMEU) con el 29%, y solo uno de cada cinco casos es resuelto con medicamentos. (Tabla anexa 15).

Tabla anexa 15. Distribución de técnicas de evacuación endouterina utilizadas en la atención posaborto en ES del MSP, 2015. Por región geográfica

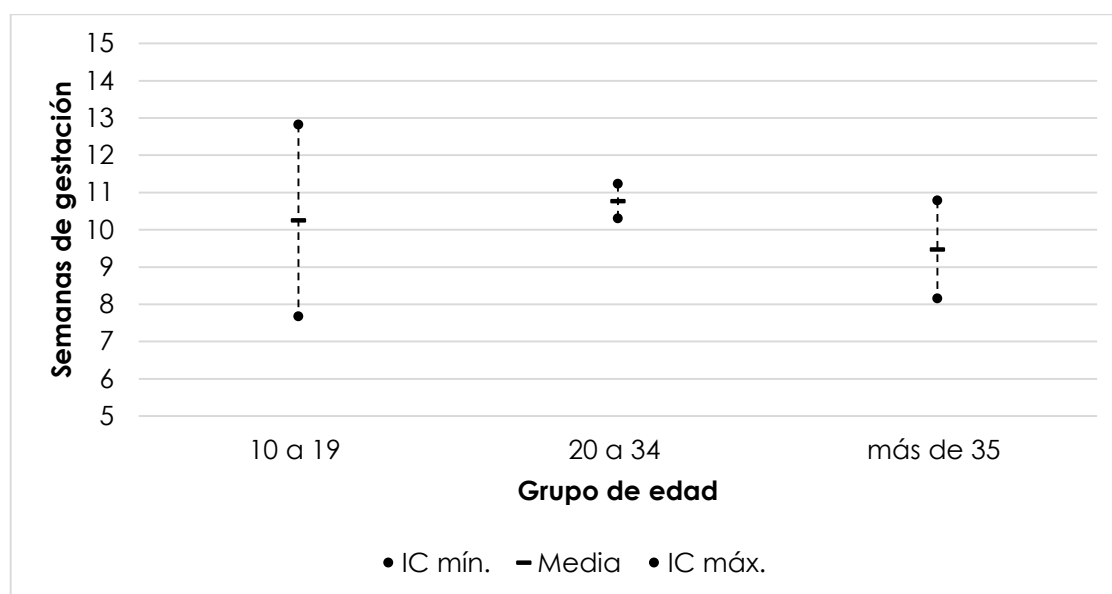
Región geográfica	Técnica de evacuación reportada		
	AMEU	Fármacos	LUI
Nacional			
%	28.8	20.2	51.0
IC95%	7.9 – 49.7	3.94 – 36.5	32.5 - 69.4
Sierra			
%	42.33	25.82	31.85
IC95%	3.7 – 80.9	2.7 - 61	17.7 – 46.0
Amazonía			
%	20.64	18.07	61.28
IC95%	5.1 – 46.4	12.1 – 48.2	27 – 95.5
Costa			
%	14.08	13.44	72.47
IC95%	10.7 – 17.4	7.4 – 19.4	67.6 – 77.3

NOTA: Los porcentajes podrían no sumar 100%, dado el redondeo de las cifras

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Del total de mujeres que fueron atendidas por complicaciones posaborto, 69.6% presentaban 12 o menos sdg al momento de recibir la atención. Según grupos de edad, las mujeres más jóvenes (10-19 años de edad) son las que acuden con mayor edad gestacional. En las mujeres de 10 a 19 años la edad gestacional fue de 10.2 semanas (IC 95%: 7.67-12.82) y de 10.7 en las de 20 a 34 años (IC 95%: 10.3-11.23). Por el contrario, en las mujeres de 35 y más años, la media fue de 9.47 sdg (IC 95%: 8.15-10.78). Véase Figura Anexa 1.

Figura Anexa 1. Semanas de gestación del embarazo al momento de recibir la atención posaborto, por grupos de edad



Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

La relación procedimiento utilizado-edad gestacional, muestra que 40.4% de las mujeres que fueron atendidas con LUI presentaba menos de 12 sdg; este procedimiento también fue utilizado en 66.1% de las mujeres con doce o más semanas de gestación (Tabla anexa 16).

Tabla anexa 16. Técnica de evacuación endouterina empleada, según la edad gestacional y grupo de edad de la usuaria del servicio. MSP, 2015

Categoría	LUI		AMEU/fármacos	
	Casos** (N)	%	Casos** (N)	%
Edad gestacional*				
De 0 a 12	4,170	40.4	6,156	59.6
Más de 12	2,977	66.1	1,528	33.9
Grupo de edad				
10 a 19	1,881	43.7	2,426	56.3
20 a 34	6,625	53.4	5,775	46.6
más de 35	2,067	51.2	1,968	48.8
* Se omitieron 171 registros en los que las semanas de gestación no estaban indicadas				
** Casos ponderados				

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Esto representa un riesgo relativo de 39% de que a una mujer con 12 o menos sdg se le practique LUI. Tabla anexa 17.

Tabla anexa 17. Riesgo relativo entre LUI y AMEU/fármacos según edad gestacional

		Ocurrencia de LUI	
		no	Sí
12 o menos sdg	No	1,528 (a)	2,977 (b)
	Sí	6,156 (c)	4,170 (d)

Anexo 15. Análisis de sensibilidad del costo estimado de atención de ENI

El costo total estimado en la atención de ENI fue de 67.8mdd, compuesto por la atención del embarazo (controles prenatales, y atención del parto)= 57.2mdd, los embarazos que terminan en óbito= 0.41mdd, las complicaciones obstétricas= 6.3mdd y de embarazos terminados en abortos (asumiendo que el 100% de abortos inseguros ocurrirían ante un ENI)= 3.94mdd. El costo total estimado para la atención de ENI se utilizó como el caso base en el análisis de sensibilidad conducido, y que se representa en la

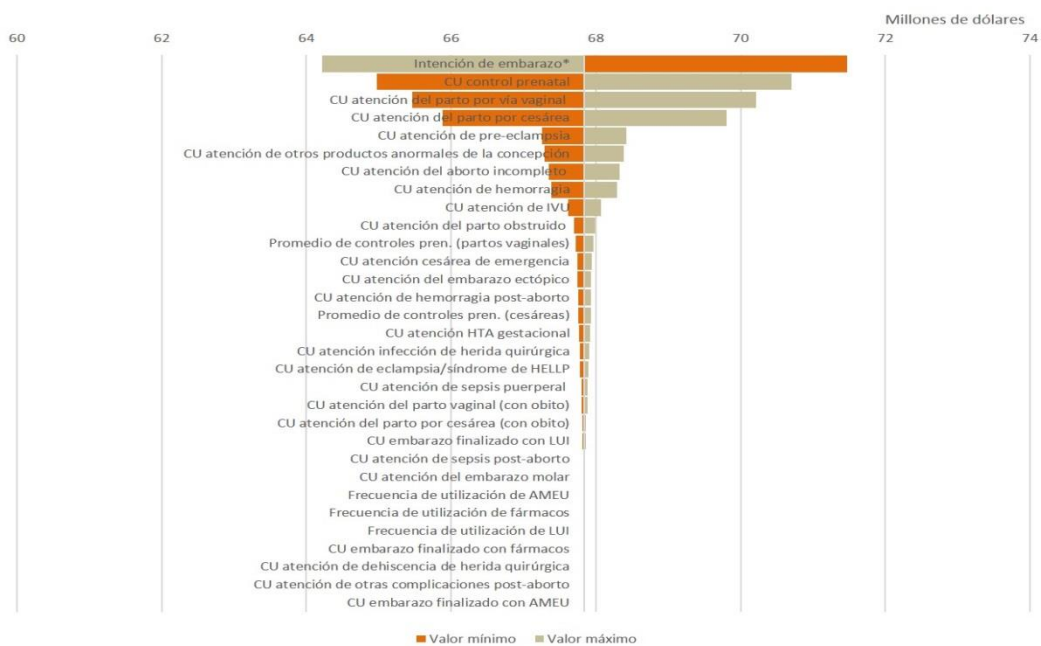
Figura 2.

Figura 2 representa el impacto en el costo total de la variación de cada parámetro individual, manteniendo el resto de valores constante. La amplitud entre las barras de la izquierda (que denotan el valor mínimo, color naranja) y de la derecha (valores máximos, color café) corresponde al rango en que se encuentra la estimación. Así, en primer orden de importancia se encuentra el reporte de ENI (intención de embarazo), que en su valor máximo (más mujeres responden que el embarazo es intencionado) equivale a un costo total de

64.2mdd por su atención. Al observarse el valor mínimo (menos mujeres responden que el embarazo es intencionado), el costo total incrementa hasta los 71.5mdd.

El segundo elemento de impacto en el costo total es la variación en el costo unitario de los controles prenatales, que provoca oscilaciones en el costo entre los 64.9 y los 71.7mdd. Le sigue el costo unitario del parto por vía vaginal, cuyo impacto produce un costo que está entre los 65.4 y los 70.2mdd. Si se sigue sucesivamente la observación de parámetros en la figura, se irá observando la disminución en importancia relativa de ellos para el costo total estimado.

Figura 2. Diagrama de tornado para representar el impacto en la variación individual de parámetros en el modelo



*En su valor mínimo (menos mujeres reportan un embarazo intencionado), la atención de ENI alcanza un costo total más alto. En el valor máximo (más mujeres reportan un embarazo no intencionado), la atención alcanza un costo total más bajo

Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M.

Anexo 16. Costos unitarios de servicios de atención de complicaciones obstétricas

De la agregación de los costos de personal, medicamentos suministrados, insumos médicos usados, pruebas de laboratorio realizadas, bienes de capital utilizados, servicios generales y otras actividades consumidas (véase

Anexo 7), se compone el costo unitario de las intervenciones enlistadas en el Cuadro Anexo 10. Estas constituyeron los parámetros para las diferentes estimaciones presentadas.

Cuadro Anexo 10. Costos unitarios de atenciones muestreadas en ES del MSP, por región. Ecuador, 2015. Dólares estadounidenses de 2014

Parámetro	Valor medio	IC-	IC+
Embarazos intencionados (porcentaje)			
no			
10 a 14	100	-	-
15 a 19	61.8	58.4	65.2
20 a 24	73.3	70.4	76.1
25 a 29	65.1	61.8	68.4
30 a 34	39.6	35.6	43.6
35 a 39	72.8	67.8	77.7
40 a 44	61.4	51.4	71.5
45 a 49	100	-	-
Se desconoce	62.3	57.6	67.1
CU control prenatal	50	45.2	54.9
CU atención del parto por vía vaginal			
Amazonía	272.9	144.5	401.4
Costa	228.9	192.3	265.5
Sierra	267.1	243.4	290.8
CU atención del parto por cesárea			
Amazonía	369.6	252.6	486.6
Costa	340.6	292.7	388.4

Sierra	371.2	306.8	435.7
CU atención de otros productos anormales de la concepción	240.8	130.1	351.5
CU atención del aborto incompleto			
Amazonía	201.3	155	247.5
Costa	186.7	100	273.4
Sierra	219.9	205.4	234.4
CU atención de hemorragia			
Amazonía	289	213.2	364.8
Costa	252.9	84.5	421.4
Sierra	284	175	393.1
CU atención de IVU			
Amazonía	344.3	282.2	406.4
Costa	245.9	214.3	277.6
Sierra	239.5	197.2	281.7
CU atención del parto obstruido			
Amazonía ²	427.2	390	464.4
Costa	394.8	317.6	472
Sierra	448.6	406.6	490.5
Promedio de controles prenatales realizados, por grupo de edad (partos vaginales)			
10 a 14	5.3	5.1	5.4
15 a 19	5.8	5.8	5.9
20 a 24	6.1	6	6.1
25 a 29	6.2	6.2	6.2
30 a 34	6.2	6.1	6.2
35 a 39	6.1	6	6.1

40 a 44	5.8	5.6	5.9
45 a 49	5.4	4.9	5.9
CU atención infección de herida quirúrgica			
Amazonía	268.2	112.9	423.4
Costa	439.6	148.3	730.8
Sierra	528.4	306.1	750.7
CU atención cesárea de emergencia			
Amazonía	266.2	251.7	280.7
Costa	346.9	321	372.8
Sierra	589.9	506.2	673.7
CU atención de pre-eclampsia			
Amazonía	254.5	90.3	418.7
Costa	451.4	303.4	599.4
Sierra	478.6	172.3	784.9
CU atención del embarazo ectópico	399.7	303.5	495.9
CU atención de hemorragia post-aborto	483.7	252.1	715.2
CU atención HTA gestacional			
Amazonía	396.6	239.4	553.8
Costa	236.4	127.8	345
Sierra	239.4	81.7	397.2
CU atención del parto vaginal (con óbito)	578.5	477.3	679.8
CU atención del parto por cesárea (con óbito)	345.3	100.6	589.9
Amazonía	190.5	23.5	357.5
Costa	163.4	40.3	286.4
Sierra	211	94.1	327.9
CU atención de sepsis puerperal	243.5	130.2	356.8

CU interrupción del embarazo con LUI			
Amazonía	226.9	157.6	296.3
Costa	158.9	62.7	255.1
Sierra	231.7	205.4	258
CU atención de sepsis post-aborto	285.3	236.9	333.6
CU atención del embarazo molar	395.8	336.7	454.9
CU atención de eclampsia/síndrome de HELLP	631.8	304.2	959.4
Frecuencia de interrupción del embarazo con fármacos (porcentaje)			
Amazonía	18	12	48
Costa	13	7	19
Sierra	26	3	54
Frecuencia de interrupción del embarazo con AMEU (porcentaje)			
Amazonía	21	5	56
Costa	14	11	18
Sierra	42	4	81
Frecuencia de interrupción del embarazo con LUI (porcentaje)			
Amazonía	61	27	96
Costa	72	68	77
Sierra	32	18	46
CU interrupción del embarazo con fármacos			
Amazonía	153.5	135.8	171.2
Costa	120.5	48.8	192.2
Sierra	209.9	196.5	223.2

CU atención de dehiscencia de herida quirúrgica	102.8	92.5	113
CU atención de otras complicaciones post-aborto	202.1	154.3	249.9
CU interrupción del embarazo con AMEU			
Amazonía	336.6	178.3	494.9
Costa	115.7	103	128.5
Sierra	229.5	191.9	267.1
Promedio de controles prenatales realizados, por grupo de edad (cesáreas)			
10 a 14	5.5	5.7	5.7
15 a 19	6.1	6.2	6.2
20 a 24	6.4	6.5	6.5
25 a 29	6.7	6.7	6.7
30 a 34	6.7	6.8	6.8
35 a 39	6.7	6.8	6.8
40 a 44	6.5	6.6	6.6
45 a 49	6.6	7.2	7.2

¹IC 95%: Intervalo de confianza, al 95%; ²En este caso se utilizó la estimación nacional, puesto que el intervalo de confianza en las distintas regiones resultó negativo en su límite inferior.

Fuente: Elaboración equipo consultor INSPM, a partir del tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y de la BD producto de la revisión documental de historias clínicas en establecimientos de salud del MSP (2015)

