



Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021

Ministerio de Salud Pública

Autoridades:

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública

Dr. Fernando Cornejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dra. Patricia Granja, Viceministra de Atención Integral en Salud

Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Lcda. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.

Lcda. Cristina Cadena, Directora Nacional de Políticas

Mgs. Carlos Cisneros, Director Nacional de Promoción de la Salud

Dr. Mario Vergara, Oficial a Cargo de UNFPA Ecuador

Ficha Catalográfica:

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

Como citar este documento:

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

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

Diseño e impresión:

Andrea Moreno / Digital Center
Impreso en Quito - Ecuador

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

Grupo de Redacción:

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

Colaboradores:

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



No. 0033-2017

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador, en particular la salud, conforme lo dispone su artículo 3, numeral 1;
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 32, manda que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;
- Que,** el artículo 363 de la Constitución de la República establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (...)"*;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, dispone que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que,** el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud establece entre las responsabilidades del Estado: *"(...) 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;" (...) "34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario (...)"*;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 1293 de 6 de enero de 2017, el señor Presidente de la República del Ecuador nombró como Ministra de Salud Pública a la doctora María Verónica Espinosa Serrano; y,
- Que,** el concepto de salud sexual y salud reproductiva ha evolucionado de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia que supera el ámbito biológico y se relaciona con derechos, con la cultura, los valores universales, y la realización personal de cada ser humano, por lo que es necesario contar con un instrumento que recoja estos aspectos para ser considerados en la gestión que realiza la Autoridad Sanitaria Nacional.

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

ACUERDA:

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

DISPOSICIÓN FINAL

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

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

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. Fernando Cornejo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Jakeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
	Lda. Paulina Santamaría	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	
	Ldo. Carlos Cisneros	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	
	Lda. Cristina Cadena	Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud	Directora	
	Abg. Isabel Ledesma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
Elaboración del Acuerdo	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría legal	Coordinadora de Gestión Interna	

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Febrero 2017

EXTRACTO

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

Contenido

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

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

Índice Gráficos y Tablas

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

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

2. ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

3. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. MARCO LEGAL

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

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

4.1 Marco Legal Nacional

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

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

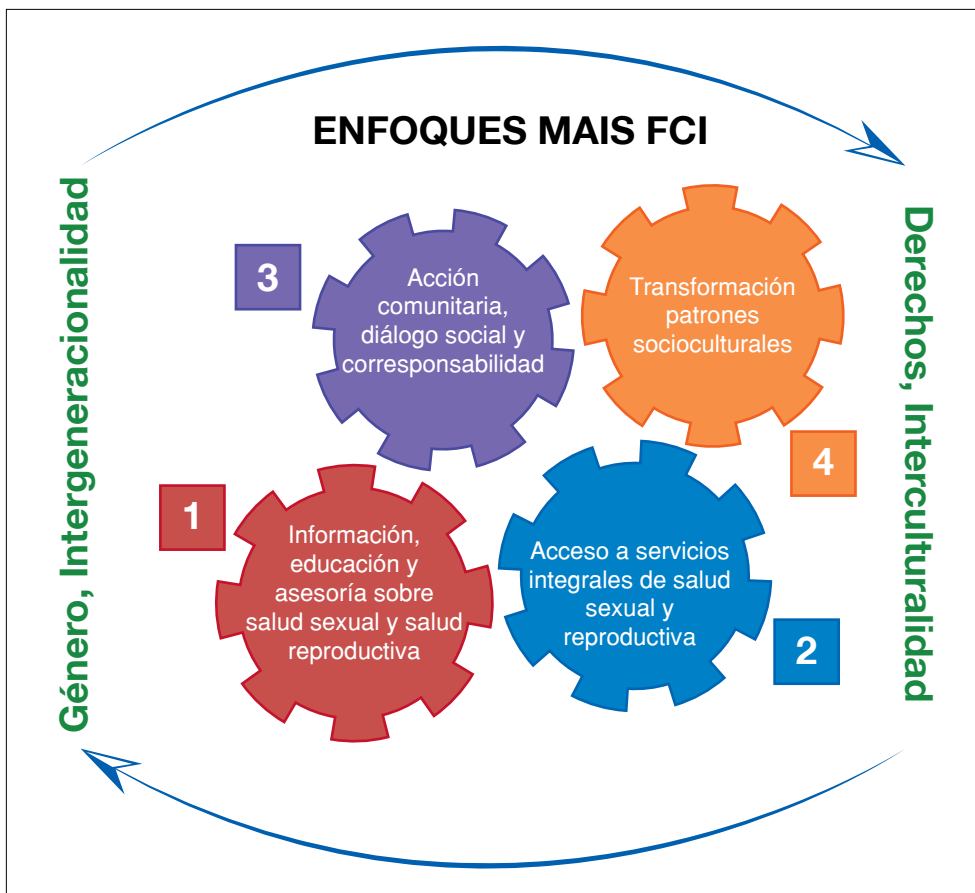
4.2 Marco Legal Internacional

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

5. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES

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

Gráfico 1. Marco Conceptual y Enfoques



Elaborado por: Grupo de Redacción

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

5.1 Enfoque de derechos (28)

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

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

5.2 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

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

5.3 El enfoque de igualdad (29)

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

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

5.4 El enfoque de género

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

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

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

5.5 Enfoque de sexualidad integral

El enfoque de sexualidad integral plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación (32).

5.6 El enfoque de inclusión social (4)

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

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

5.7 El Enfoque de interculturalidad (4)

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

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

5.8 Enfoque inter-generacional (4)

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

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

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

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

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

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

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

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

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

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

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

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

Las mujeres tienen una mayor tasa de analfabetismo con 7,7% en relación a los hombres que es de 5,8%. Esta situación se profundiza en relación al área geográfica, siendo en el área urbana (3.8%) y la rural (18%). En relación a las mujeres indígenas el analfabetismo es del 23%, comparado con el 11% en hombres indígenas (35).

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

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

6.2 Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador

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

6.3 Situación de la fecundidad en el Ecuador

Tasa Global de Fecundidad

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

- Ha disminuido acorde con la tendencia mundial. Ésta ha pasado de 5.4 en el período de 1975-1979 a 3 en el período del 2007-2012.
- La TGF deseada corresponde a 2.5 y la no deseada a 0.5.
- Presenta un desequilibrio según el área geográfica de residencia. Así, tenemos que las mujeres tienen mayor número de hijos en las áreas rurales, sobre todo en la región Amazónica.
- En las mujeres sin instrucción la TGF fue de 4.4 comparada con 2.1 de aquellas que declararon tener un nivel de educación superior.
- Según quintiles de pobreza, “existe una brecha significativa entre el número de hijos entre los hogares más pobres (Q1, 4.1 hijos) y los hogares más ricos (Q5, 2.1 hijos)”.

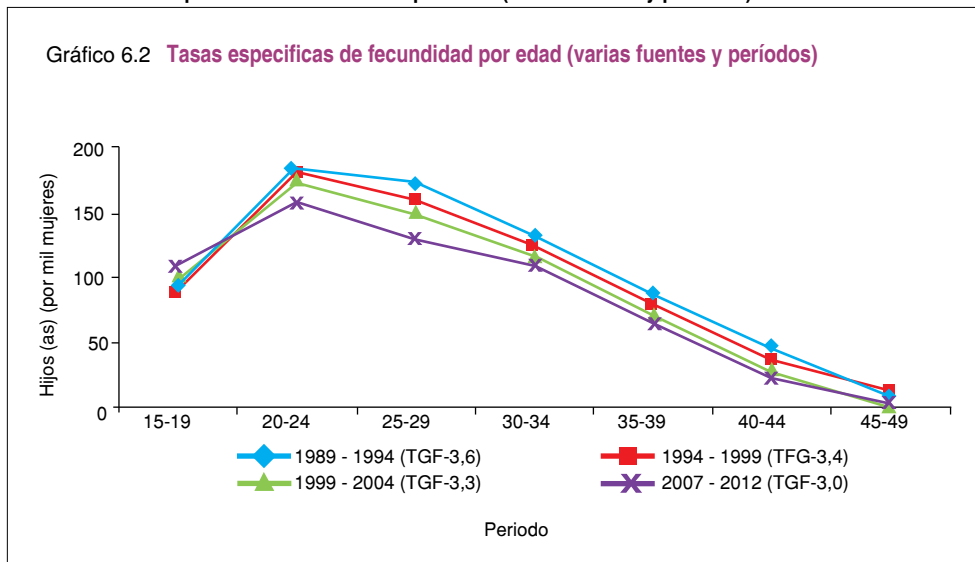
En conclusión, los determinantes de la salud tales como el lugar de residencia, el nivel de escolaridad, la pobreza, y la pertenencia a un pueblo o nacionalidad, tienen una incidencia importante en el comportamiento de la TGF (36).

Tasa Específica de Fecundidad(34)

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

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

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



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR / ENSANUT-ECU-2012, MSP/INEC

Elaborado por: Freire WB. et al.

Embarazo en adolescentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

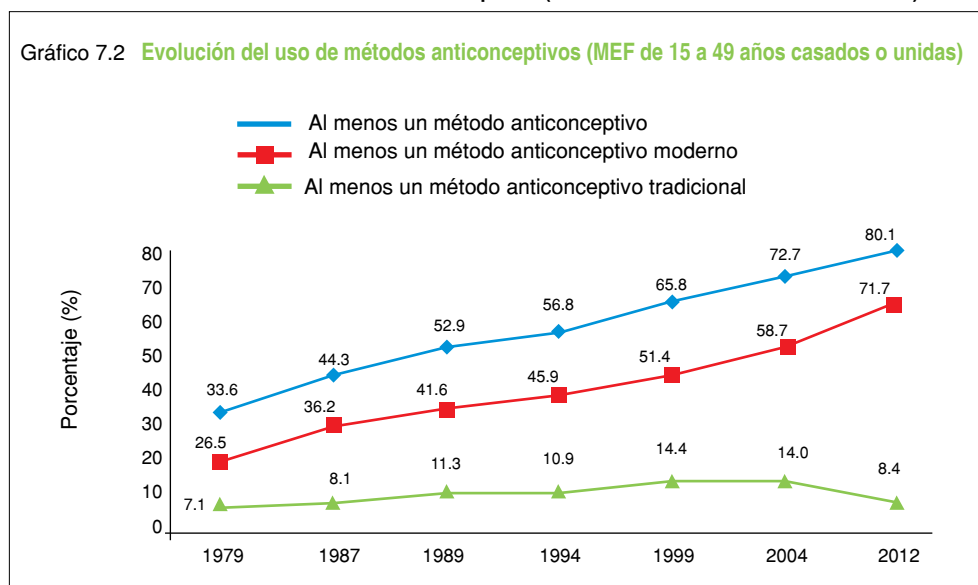
Uno de los derechos fundamentales de hombres y mujeres es la planificación familiar, la misma que debe incluir información y acceso a métodos anticonceptivos modernos, con la finalidad que las mujeres y las parejas ejerzan el derecho a decidir si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos y en qué momento,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

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

- El 81,4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67,2% utilizan algún anticonceptivo moderno y el 12, 6% algún método tradicional.
- El 79.5% de mujeres de 12 a 14 años tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años.

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

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



Fuente: ENSANUT-ECU-2012, MSP/INEC

Elaborado por: Freire WB, et al.

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

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

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

Aborto

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

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

Según datos obtenidos del Anuario de Egresos Hospitalarios 2014, el total de abortos registrados en el país asciende a 22986, entre abortos especificados, abortos médicos y abortos no especificados. El aborto no especificado representa el 68.6% de los egresos hospitalarios por esta causa (46). A pesar de los datos señalados existe un alto sub-registro de esta práctica, (47).

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

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

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

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

Muerte Materna

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

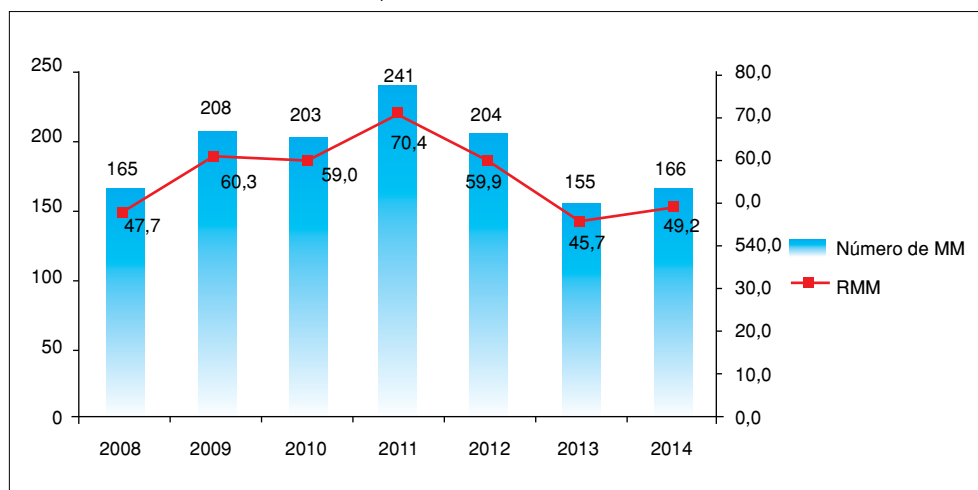
La muerte materna es uno de los principales indicadores que dan cuenta de las condiciones de salud de las mujeres, que permite aproximarse a las dimensiones en que ellas gozan de sus derechos fundamentales y dan cuenta de las desigualdades y diferencias de género, remarcadas por la pobreza, la falta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

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

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

Sin embargo, tal como lo evidencia el gráfico N°4, entre el 2013 y el 2014, hay un aumento de la razón de muerte materna en 3.5%, lo cual obliga al MSP a analizar cuáles son las causas estructurales y de atención a la salud materna que han influido en esta alza, sobre todo si consideramos que la razón de muerte materna es un indicador trazador del desarrollo de los países y la calidad de los servicios de salud (51).

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

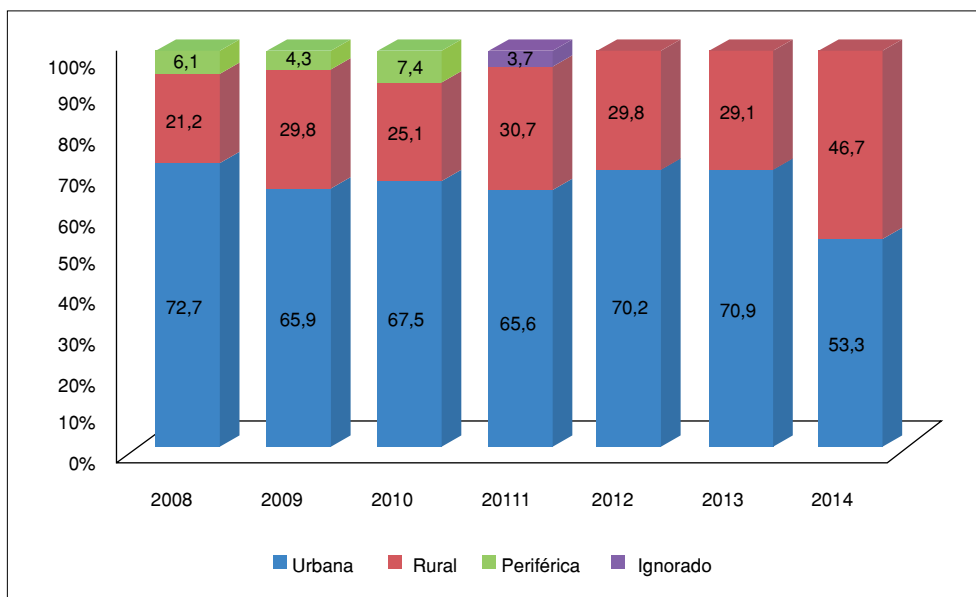


Fuente: DNVE-INEC-DNEAIS

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

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

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

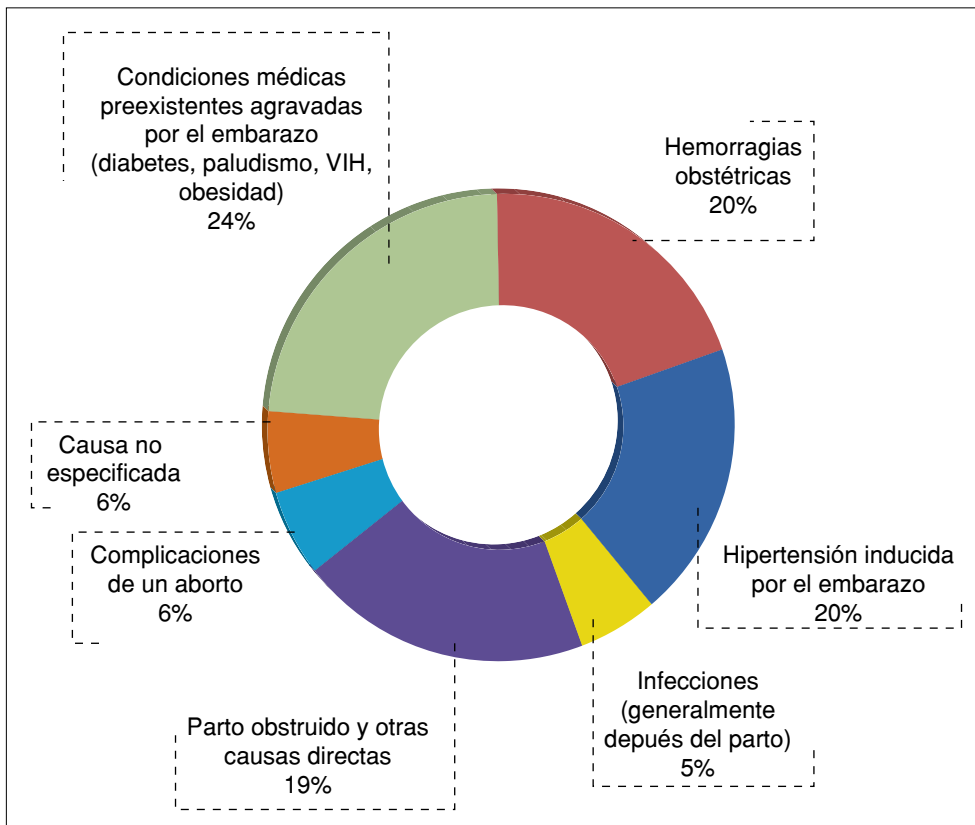


Fuente: Bases Defunciones INEC Consultado el 24/08/2015.

Elaborado por: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

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

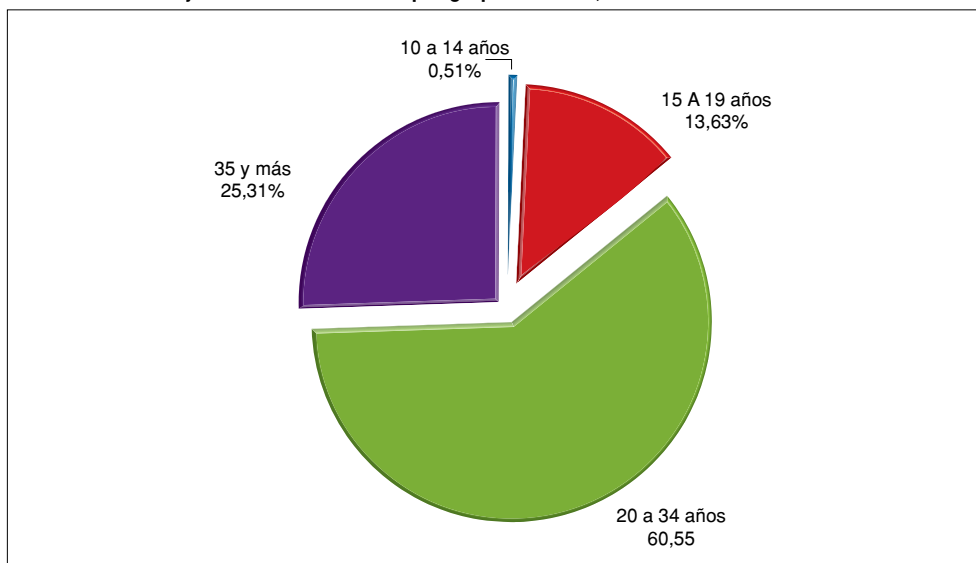
Gráfico 6. Causas agrupadas de mortalidad materna, Ecuador 2014



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

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

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

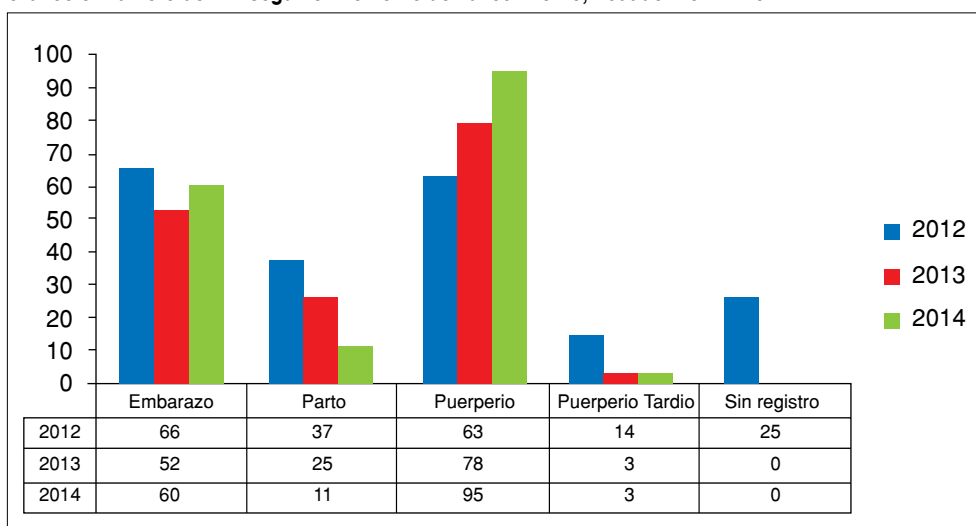


Elaborado por: GIIDMM

Fuente: DNVE

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

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



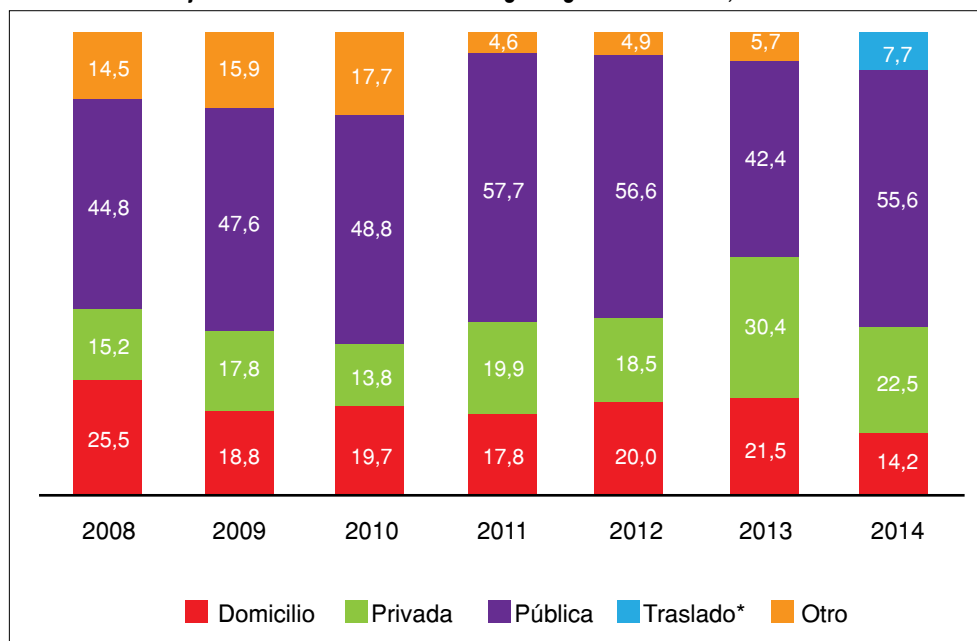
Fuente: INEC, Registro administrativo de nacimientos y defunciones 2013

Elaborado por: Dirección Nacional de Epidemiología

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

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

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



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

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

Infecciones de Transmisión sexual, VIH/Sida

Según el informe emitido por ONUSIDA, de julio 2014, en América Latina para el año 2014 se estimó que en promedio, 1.7 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 33.000 fueron niños/as. La

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

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

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

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

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

Enfermedades oncológicas relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva

Cáncer de cuello uterino

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

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

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

Cáncer de mama

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

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

Cáncer de próstata

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

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

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

Violencia basada en género

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

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

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

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

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

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

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

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

Población LGBTI(66)

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

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

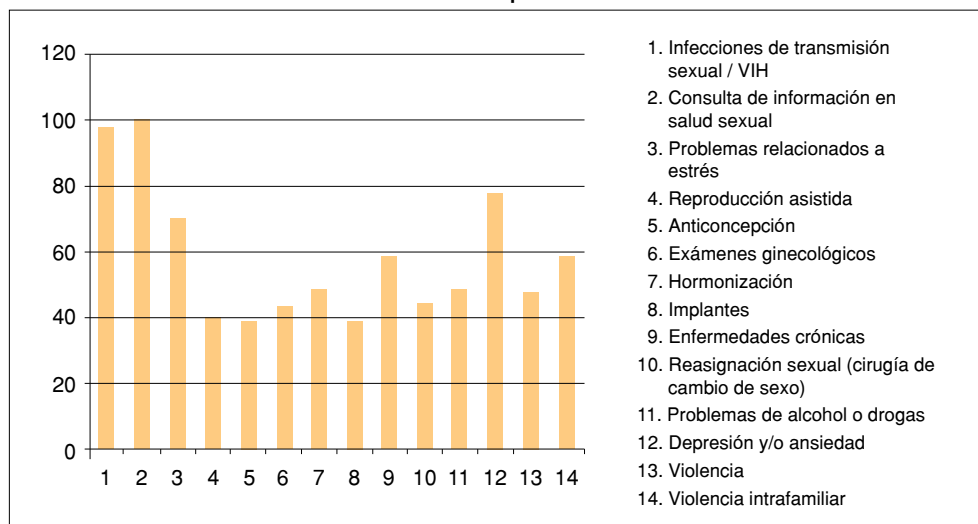
- El 55,1% de personas entrevistadas tuvo acceso a atención en salud en los últimos tres meses.
- El 84,1% tuvo al menos una atención durante el último año.
- El 13,4% accedió a atención en salud hace más de un año y 2% nunca ha asistido a servicios de salud.
- El 60,1% accedió a salud a través de establecimientos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

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

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

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

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



Fuente: MSP

Elaborado: Dirección de Vigilancia Epidemiológica

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

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

Adolescentes, salud sexual y salud reproductiva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

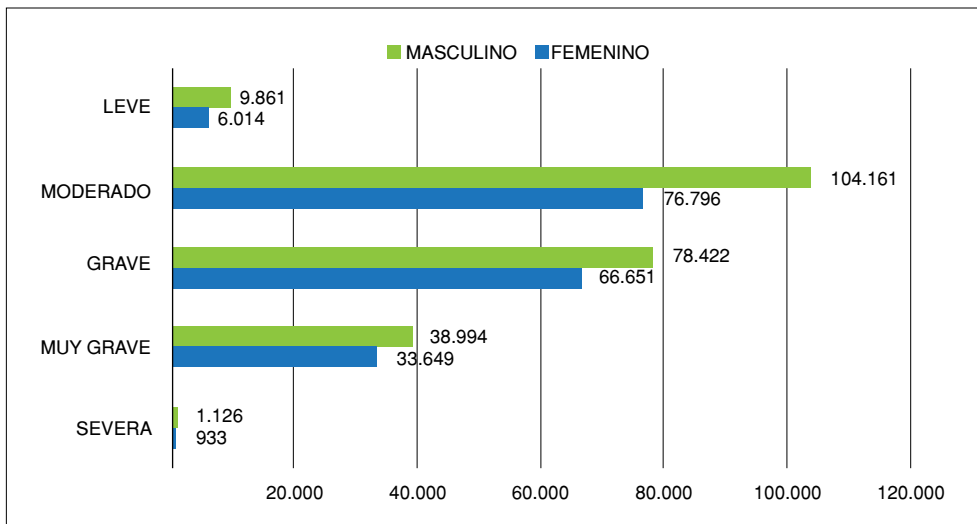
Los aspectos relacionados a embarazo en adolescentes han sido tratados en el acápite correspondiente.

Salud Sexual y Salud Reproductiva en Personas con Discapacidad

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

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

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



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016

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

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

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

Salud sexual en el adulto mayor(75)

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

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

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

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

7. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

7.1 Agenda Social (18)

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

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

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

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

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

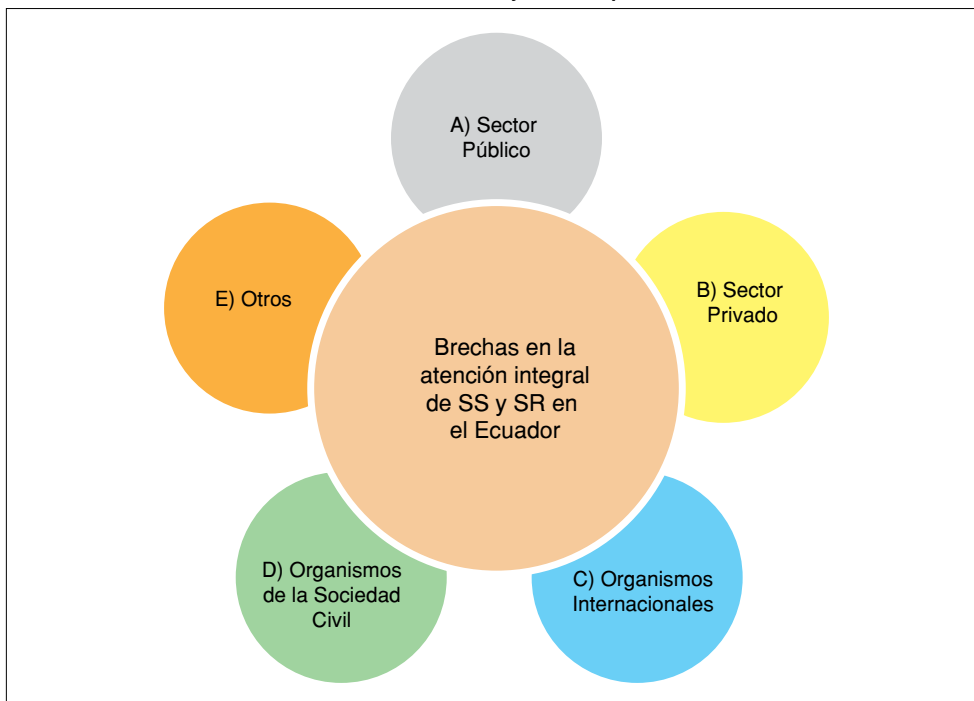
También en base a estos ejes, los ministerios y viceministerios del sector han formulado las políticas de sus sectores y sus estrategias, que se alinean a las políticas intersectoriales, de manera que hay una coherencia desde las actividades y proyectos planteados por las instituciones, con los objetivos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

7.2 Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

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

Los principales actores identificados fueron:

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



Fuente: Grupo de Redacción

A) Sector Público

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

B) Sector Privado

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

C) Organismos internacionales

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

D) Organizaciones de la Sociedad CIVIL

Acuerdo Nacional de Jóvenes

CARE

Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH

Red de Jóvenes Positivos

Corporación Kimirina

Junta de Beneficencia de Guayaquil

Red Nacional de Trabajadoras Sexuales – RedTrabSex

Red Trans del Ecuador

Siluetas X

Fundación CAUSANA

Movimiento de Mujeres

Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas – OEML

Servicio de Paz y Justicia – SERPAJ

Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos - SURKUNA

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

Red de Universidades Públicas

Red de Universidades Privadas

Federación de Estudiantes Secundarios del Ecuador

E) Otros

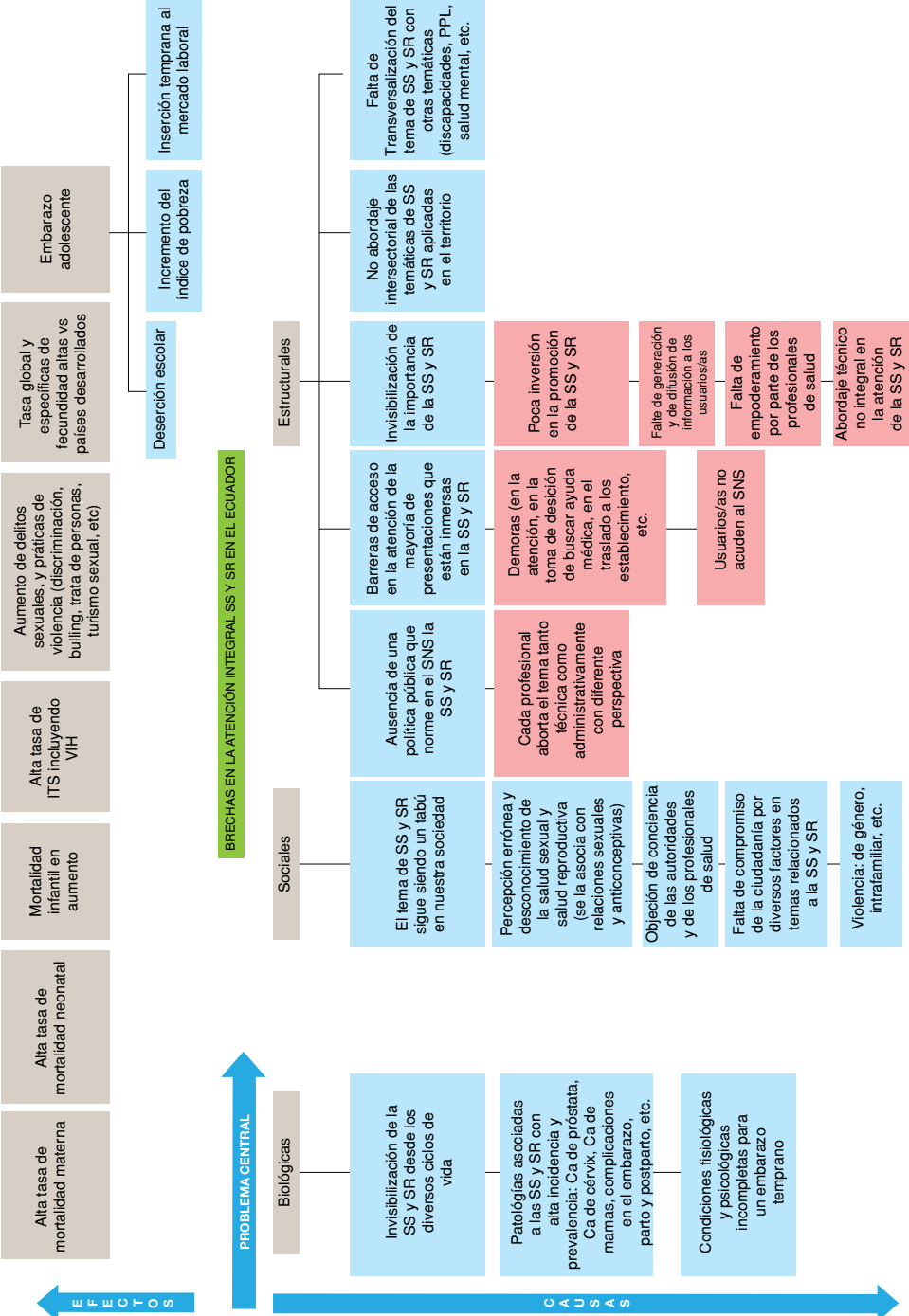
Plan Familia Ecuador

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

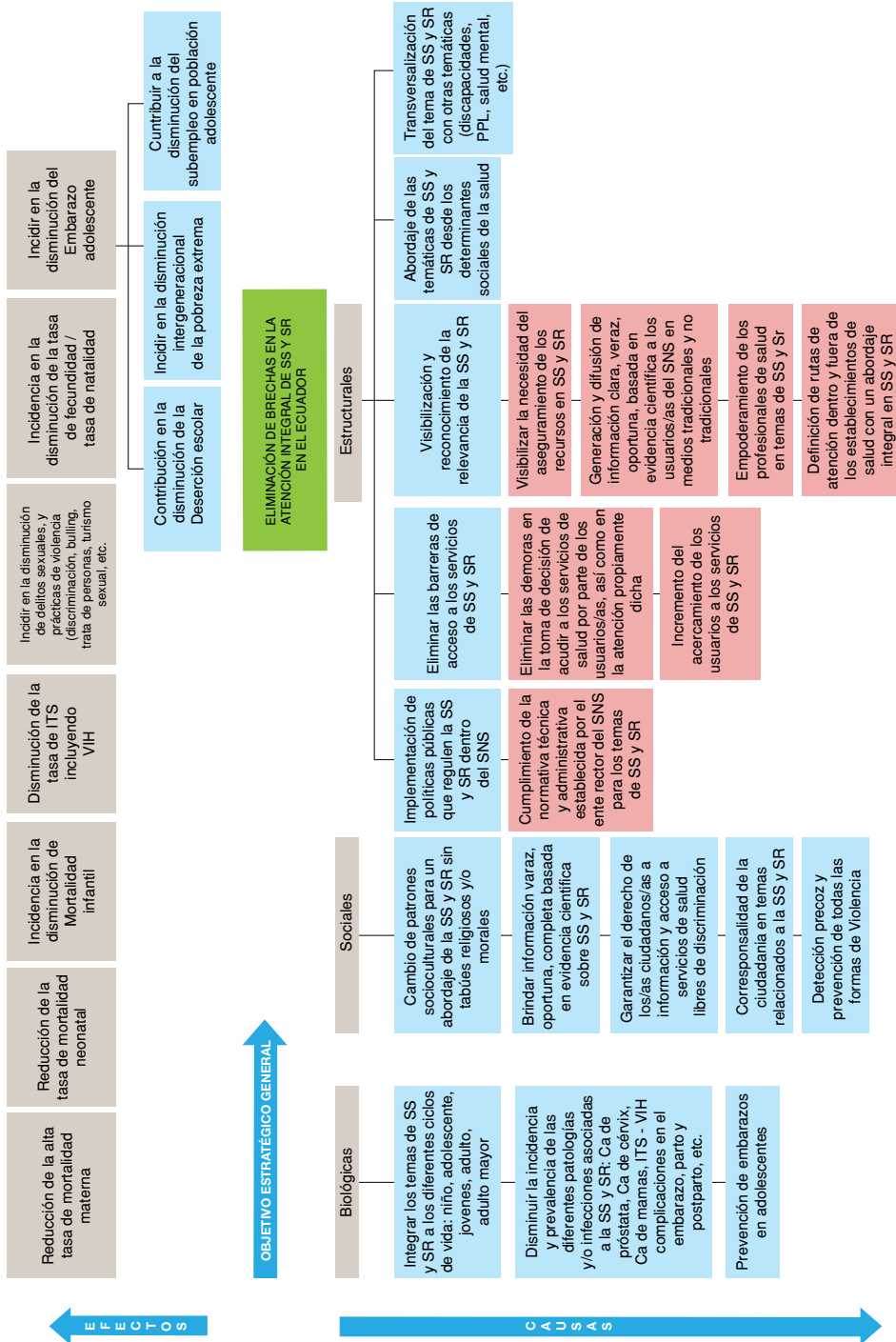
El Ministerio de Salud Pública realizó un proceso de identificación de problemas prioritarios en salud sexual y salud reproductiva, sus causas y efectos. Una vez realizado este análisis se convirtió los estados negativos del árbol de problemas en soluciones.

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

8.1 Árbol de Problemas



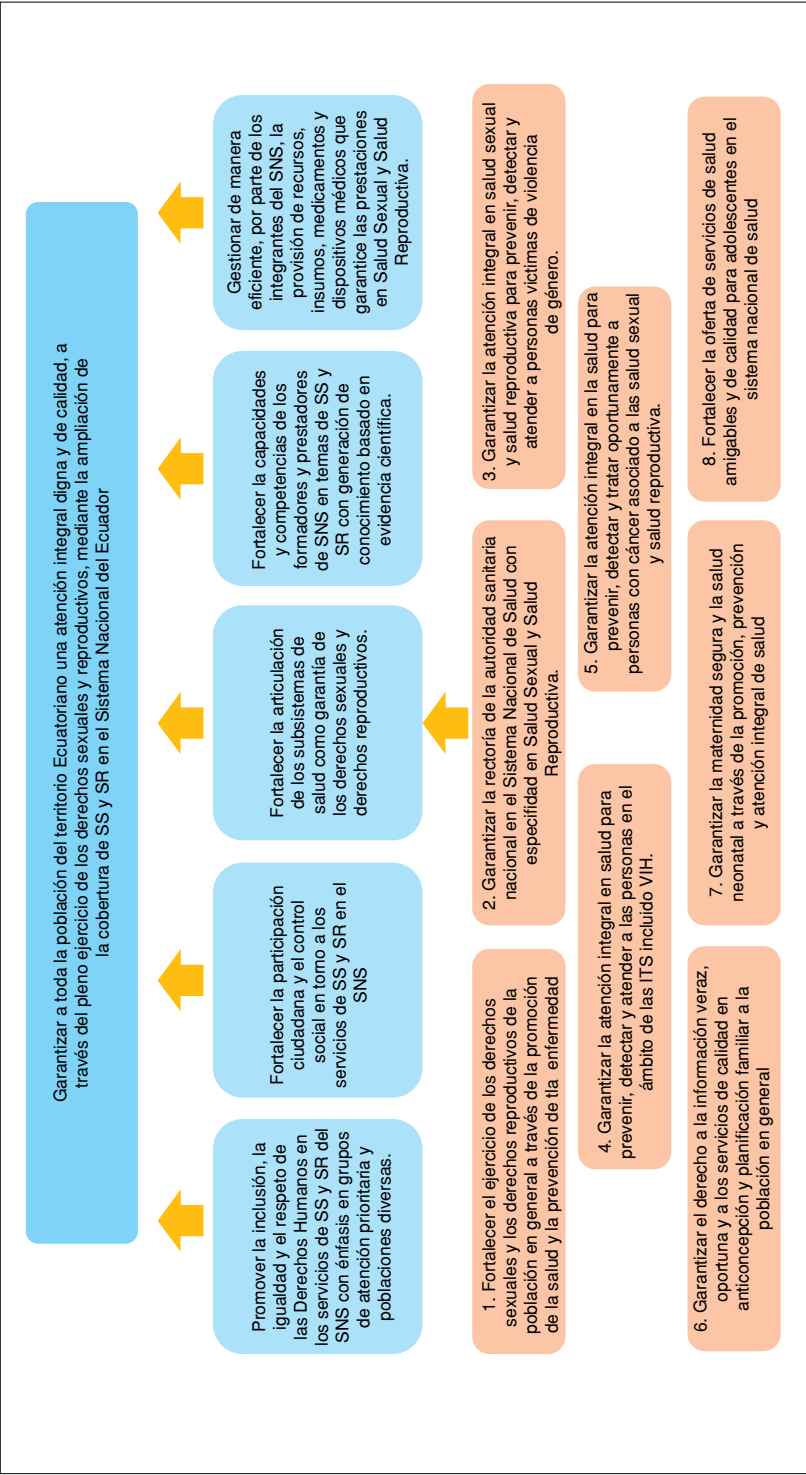
8.2 Árbol de Objetivos



8.3 Estructura Analítica

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

Gráfico 13. Estructura analítica



Fuente: Grupo de Redacción

8.4 Objetivo General

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

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

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

8.5 Objetivos Específicos

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

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

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

8.6 Lineamientos estratégicos y líneas de acción

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

Lineamiento Estratégico 1:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 2:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 3:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 4:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 5:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 6:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 7:

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

Líneas de acción:

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

Lineamiento Estratégico 8:

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

Líneas de acción:

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

8.7 Definición de indicadores, fichas técnicas y matriz estratégica

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

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

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

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

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

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

9.1 Implementación del Plan

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

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

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

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

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

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

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

9.2 Monitoreo y Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Matriz Estratégica del Plan Nacional de Salud: que contiene un conjunto de indicadores, clasificados por estrategia y línea de acción (17 líneas de acción que contienen un conjunto de 53 indicadores), que permite analizar con mayor precisión y objetividad los avances en el cumplimiento de los objetivos y metas.
- Indicadores: que miden productos, resultados e impacto.
- Metas: que cuantifican y determinan el alcance del logro previsto, considerando como punto de partida la línea de base en los casos que existe.
- Análisis de otros factores internos y externos al sistema, mediante el uso de técnicas que faciliten sintetizar su interacción con los resultados obtenidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2 Alineación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Grupo de Redacción

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

39. Mujeres RNd. Informe de la Coalición de Mujeres. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.rednacionaldemujeres.org/index.php/publicaciones/coalicion-1325
40. Social MCdD. Proyecto Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA. Quito - Ecuador: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; 2011. Report No.: CUP: 30380000.0000.372518.
41. Ecuador PdIRd. Decreto Ejecutivo 0491. Quito;; 2014.
42. Presidencia de la República del Ecuador CGdPyGE. Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Quito-Ecuador: Presidencia de la República del Ecuador, Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica; 2015. Report No.: CUP 30200000.0000.380025.
43. Pública MdS. Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 Quito. Dirección Nacional de Normatización ed. Quito: ISBN; 2014.
44. Salud OMdl. Aborto sin riesgos. Segunda ed. OMS , editor. Montevideo: Uruguay; 2012.
45. INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones 2013. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.inec.gob.ec.
46. Censos INdEy. Anuario de Egresos Hospitalarios. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf
47. Aborto en Latinoamérica. Información sobre aborto en países de Latinoamérica. [Online]. [cited 2015 Diciembre 7. Available from: <http://abortolatinoamerica.com/>.
48. Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 423rd ed. Quito; 2006.
49. Suárez González J, Gutiérrez Machado M, Lorenzo González B. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100004&lng=es.
50. OMS. Naciones Unidas: la mortalidad materna se ha reducido un 44% desde 1990. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 2016. Available from: www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/.
51. INEC. Bases defunciones (consulta 24/08/2015), Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.inec.gob.ec.
52. OMS. Mortalidad materna (Nota descriptiva No. 348). [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador , CONASA. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal Papel Ly, editor. Quito; 2008.
54. ONUSIDA. Informe Julio 2014. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 22. Available from: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july20140716prgareport>

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

71. Uruguay DGdSd. Guías para el abordaje integral de salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo I ed. Montevideo: MSP; 2009.
72. OMS. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS; 2011.
73. Género CNpIId, INEC , Ministerio del Interior , AECID. La Violencia de Género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Quito; 2014.
74. Ashford L. Un sufrimiento oculto, discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. Washington; 2009.
75. Caridad LB. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 29(3): 223-232. [Online].; 2013 [cited 2016 Noviembre 10. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031920130003000008&lng=es.
76. Social MdIEy. Norma Técnica Población Adulta Mayor Quito: MSP; 2014.
77. ULAT/USAID P. Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados Tegucigalpa; 2015.
78. Ecuador PdIRd. Observatorio Internacional. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 22. Available from: http://info.character.org/Portals/139743/docs/ElevenPrinciples_new2010.pdf.
79. 141 SdRO. Acuerdo Ministerial No 00004407. 2013. Ecuador.

ANEXOS

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

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

ANEXO 2: Fichas Metodológicas

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	LINEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE LAS LINEAS DE ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	LINEA BASE	INSTANCIA DEL SNS RESPONSABLE DEL INDICADOR Y FUENTE DE LA LINEA BASE
1. Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población en general a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	1.1. Brindar atención de calidad adecuada, oportuna y sin discriminación a personas con orientación sexo genérica diversa.	1.1.1. Número de documentos normativos formulados e implementados que promueven la salud sexual y la salud reproductiva de poblaciones GLBTI.	Número	Documentos normativos formulados y documentos implementados	Catálogo de normatización del MSP	1	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
		1.1.2. % de establecimientos de salud que cumplen estándares de servicios inclusivos óptimos sin discriminación (Tipos A, B y C).	Porcentaje	Reportes de Registros administrativos	Registros Administrativos	0	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
	1.2. Fomentar la participación y corresponsabilidad ciudadana para el cumplimiento y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos.	1.2.1. Porcentaje de Comités Locales de Salud que realizan veeduría de la calidad de la atención en SS y SR.	Porcentaje	Comités Locales de Salud	Agendas e informes de rendición de cuentas	0	Dirección Nacional de Participación
		1.2.2. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas.	Porcentaje	Matriz de reporte de acciones de promoción de la salud	Registros administrativos	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
		1.2.3. Porcentaje de establecimientos de salud que ejecutan actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva.	Porcentaje	Reportes de registro de matriz de actividades extramurales	Registros administrativos	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
2. Garantizar la rectoría de la autoridad sanitaria nacional las prestaciones en SS y SR en el Sistema Nacional de Salud en el SNS con especificidad en la SS y SR.	2.1. Asegurar la atención integral de SS y SR en el SNS en el marco de las normativas emitidas por la autoridad sanitaria nacional.	2.1.1. Porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS que implementan las normativas en torno a la SS y SR.	Porcentaje	Informes de Monitoreo	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR Zonales	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva en coordinación con la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
	2.2. Asegurar que los procesos formativos para talento humano en salud estén alineados a la normativa en temas de SS y SR.	2.2.1. Porcentaje de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica alineados a la normativa en temas de SS y SR.	Porcentaje	Mallas curriculares de las instancias formadoras alineadas a la normativa del MSP	Mallas curriculares	0	Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en coordinación con la Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

US EL TE E	METAS PROGRAMADAS						PRESUPUESTO PROGRAMADO						TIPO DE PRESUPUESTO	Observaciones
	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL		
de s n	1	1	0	1	0	3	10.000,00	10.000,00		10.000,00			corriente	
de s n	20%	20%	20%	20%	20%	100%	15.000,00	..	15.000,00	..	15.000,00	20.000,00	gasto corriente	
de	60%	10%	10%	10%	0%	100%	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	1000,00		
de ud	20%	40%	60%	80%	100%	100%		50.000		50.000		100.000	corriente	La matriz de actividades extramural se encuentra en validación por las distintas instancias del MSP.
de ud	5%	5%	10%	20%	10%	50%	50.000		50.000		50.000	150.000	corriente	La matriz de actividades extramural se encuentra en validación por las distintas instancias del MSP.
l a na a n ial e	20%	20%	20%	20%	20%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
l o n de ud e ud	20%	20%	40%	60%	80%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de ud e d	20%	20%	50%	50%	80%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de is n ón al a na lud	10%	20%	40%	60%	80%	100%	0	0	0	0	0	0		
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto Corriente	Gasto corriente: Hace parte de la provisión de servicios que se encuentra asegurado por el presupuesto general del Ministerio de Salud.
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto Corriente	
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	1666	1666	1666	1666	1666	1666	Material educo- municacional 25.000 dólares por cinco años	Al presupuesto del material educocomu- nicacional se incluye al gasto corriente.
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	1666	1666	1666	1666	1666	1666	Material educo- municacional 25.000 dólares por cinco años	Al presupuesto del material educocomu- nicacional se incluye al gasto corriente.
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	1668	1668	1668	1668	1668	1668	Material educo- municacional 25.000 dólares por cinco años	Al presupuesto del material educocomu- nicacional se incluye al gasto corriente .
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto Corriente	Sobre porcentaje de casos reportados: Reportan violencia física de acuerdo al CE10 y violencia sexual.
de s on ón r n es.	50%	50%	100%	100%	100%	100%	15.000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto Corriente	Se propone contar con una consultoría e incluir gasto corriente al proceso.

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

4. Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y atender a las personas en el ámbito de las ITS incluido VIH.	4.1. Prevenir, detectar y atender de manera integral las ITS incluido el VIH en el marco de la SS y SR.	4.1.1. Proporción de la población con VIH/sida que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa.	Porcentaje	Reportes de Registros administrativos	SIEN	15.043/32.065 Año: 2015 Fuente: SIEN	Estrategia Nacional VIH/Sida/ITS
		4.1.2. Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para VIH.	Porcentaje	Reportes de Registros administrativos	Subsistema de Información de VIH/sida-ITS	383.635 Año: 2015 Fuente: EN VIH 92%	Estrategia Nacional VIH/Sida/ITS
5. Garantizar la atención integral en salud para prevenir, detectar y tratar oportunamente a personas con cáncer asociado a la salud sexual y salud reproductiva.	5.1. Garantizar el acceso a prestaciones integrales para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de cáncer asociadas a la SS y SR.	5.1.1. Cobertura de Papanicolaou para Detección Oportuna de Cáncer (DOC) cervicouterino.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	5,18%	Dirección Nacional Primer Nivel
		5.1.2. Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) mamario.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	1,32%	Dirección Nacional Primer Nivel
		5.1.3. Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de Próstata.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	0,00	Dirección Nacional Primer Nivel
		5.1.4. Número de derivaciones de cánceres asociados a SS Y SR entre servicios de la red pública y red complementaria de salud.	Porcentaje	Registro administrativo	Sistema RPIS-MSP	5952	Dirección Nacional Articulación de la Red Pública y Complementaria
6. Garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general.	6.1. Fortalecer la asesoría en anticoncepción y planificación familiar en el SNS, de acuerdo a los enfoques del MAIS - FCI.	6.1.1. Cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar en el SNS.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	10,35	Dirección Nacional Primer Nivel

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de	33.884	35.683	37.474	39.237	40.974	40.974	15.038.803,49	15.837.257,26	16.632.160,37	17.414.636,18	18.185.572,37	83.108.429,67	FONDOS FISCALES	El estimado de personas que requieren ARV se obtiene de un modelaje de estimaciones de VIH denominado SPECTRUM.
de	1%	1%	1%	1%	1%	97%	479.543,75						FONDOS FISCALES	Según estadística del MSP la proyección oficial del INEC considera hombres y mujeres por provincia, cantón, edades simples y agrupadas, por lo tanto no se puede obtener proyección de embarazadas al 2.020. Sin embargo el costo por prueba de tamizaje de VIH es de \$ 1,25 , a esto hay que sumarle otros gastos como son insumos, recurso humano, infraestructura, etc.
de	5,32	5,37	5,41	5,46	5,5		3.264.468,48	3.379.125,96	3.493.783,44	3.493.783,44	3.723.098,40			Metas propuestas si tendencia se mantiene.
de	5,04	6,18	7,26	8,31	9,31		5.384.941,80	6.742.694,68	8.100.447,56	9.458.200,44	10.815.953,32			
de	0,22	0,29	0,35	0,41	0,47		176.016,33	239.387,82	302.794,38	366.165,87	429.572,43			
de edad	7856,64	8642,3	9506,53	10457,19	11502,91									Datos de derivaciones del MSP a la Red.
de	7,38	6,48	5,6	4,74	3,91		4.466.927,52	4.466.927,52	3.483.667,44	2.992.037,40	2.500.407,36			

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

6. Garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general.	6.1. Fortalecer la asesoría en anticoncepción y planificación familiar en el SNS, de acuerdo a los enfoques del MAIS - FCI.	6.1.2. Cobertura de consultas de planificación familiar.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	11.10% al 2015	Dirección Nacional de Primer Nivel Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		6.1.3. Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar post evento obstétrico antes del egreso del establecimiento de salud.	Porcentaje	Muestreo Aleatorio de Historias Clínicas	Formulario 051 - SIP CLAP	0	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		6.1.4. Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar posterior al parto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (Atención Primaria).	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	0	Dirección Nacional de Primer Nivel
		6.1.5. Cobertura de atenciones de asesoría en salud sexual y salud reproductiva en hombre en el SNS.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	0	Dirección Nacional de Promoción
	6.2. Garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción y planificación familiar en el SNS, de acuerdo a los enfoques del MAIS - FCI.	6.2.1. Porcentaje de usuarias que accedieron a un método anticonceptivo post evento obstétrico antes del egreso del establecimiento de salud.	Porcentaje	Muestreo Aleatorio de Historias Clínicas	Formulario 051 - SIP CLAP	0	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

	13%	16%	19%	22%	25%	25%	7.000.000,00	8.000.000,00	9.000.000,00	10.000.000,00	11.000.000,00	45.000.000,00		La inversión realizada en métodos anticonceptivos por parte del MSP se ha mantenido en 5 millones de dólares desde el año 2011, por lo cual es indispensable que esta inversión sea acorde a las necesidades en planificación familiar y anticoncepción de la población objetivo.
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
	0	1	1.5	2	2.5		-	-	-	-	-			
	10%	10%	10%	10%	10%	50%	-	-	-	-	-	-	corriente	El referencial de la población masculina en edad fértil en el 2017 es de 6396048. La línea base de asesoría de planificación familiar en mujeres es 10%. Con estos datos, y considerando los patrones socioculturales en torno a la SSySR del hombre se ha considerado un incremento anual de 10% (639604) de hombres que accederán a una consulta de asesoría en SSySR.
	80%	10%	0%	0%	0%	90%	1.027.414,62	1.155.841,44	1.155.841,44	1.155.841,44	1.155.841,44	5.650.780,38		Se ha considerado que el 10% de las mujeres que tuvieron un evento obstétrico por diversas circunstancias no adoptarán el método anticonceptivo antes del egreso hospitalario a pesar de la asesoría. El acceso a planificación familiar deberá ser garantizado en el nivel inferior.

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

6. Garantizar el derecho a la información veraz, oportuna y a los servicios de calidad en anticoncepción y planificación familiar a la población en general.	6.2. Garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción y planificación familiar en el SNS, de acuerdo a los enfoques del MAIS - FCI.	6.2.2. Porcentaje de establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos.	Porcentaje	Monitoreo in situ	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR Zonales	80	Provisión de Servicios de Primer Nivel de Atención - Dirección Nacional de Hospitalización, Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		6.2.3. Porcentaje de establecimientos de salud que entregan Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en cumplimiento del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 o la normativa vigente para su efecto.	Porcentaje	Informes de monitoreo de establecimientos de salud	Registros administrativos	15%	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitalización, Promoción de la Salud, GISSSR, Calidad de los Servicios de Salud.
		6.2.4. Porcentaje de usuarios que accedieron de manera efectiva a anticoncepción definitiva quirúrgica masculina (Vasectomía).	Porcentaje	Registro administrativo	Consolidado DNH, Egresos Hospitalarios INEC	15.534	Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con la Gerencia Institución de Implementación de la Disminución de la Mortalidad Materna
7. Garantizar la salud materno y neonatal en el Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y de sus complicaciones.	7.1. Fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el SNS.	7.1.1. Cobertura de atenciones de control preconcepcional.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	0	Gerencia Institución de Disminución de la Mortalidad Materna en coordinación con la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
		7.1.2. Cobertura de atención control prenatal.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	72,39	Dirección Nacional de Primer Nivel

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

os l (n es) de ud e ud	10%	10%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
	65%	75%	85%	95%	100%	100%	-	-	-	-	-	-	corriente	La línea base ha sido tomada de establecimientos con certificación de servicios inclusivos al 2016. El cumplimiento de este indicador depende de la garantía de la disponibilidad del medicamento en los establecimientos de salud. Total de establecimientos de salud de primer nivel 1477. 120 hospitales con atención obstétrica. Total: 1597 Certificados al 2016 como servicios inclusivos: 235. Esto representa el 15% de los servicios de salud. Para el 2017 se van a certificar 738 servicios como servicios inclusivos, lo que representa el 50% de los servicios de salud de primer nivel. El 60% es la sumatoria de los (15%) si 2015 + (50%) si 2016.
	5%	5%	10%	20%	10%	50%	485.438	485.438	970.875	1.941.750	970.875	935.000	corriente	En el año 2015 el MSP realizó 15534 Vasectomías. EL Tarifario 2014 considera que valor por procedimiento Vasectomía es de \$625. Para el 2015 se invirtió \$ 9708750.
	1	1.5	2	2.5	3		-	-	-	-	-			
de	67,57	66,82	66,04	65,24	64,42		34.452.868,32	33.975.203,76	33.497.539,20	33.019.874,64	32.542.210,08			

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

7. Garantizar la salud materno y neonatal en el Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y de sus complicaciones.	7.1. Fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el SNS.	7.1.3. Concentración de atención control prenatal.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	3,23	Dirección Nacional de Primer Nivel
		7.1.4. Porcentaje de partos asistidos por profesional.	Porcentaje	Registro administrativo	INEC	96%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
		7.1.5. Porcentaje de establecimientos de salud que brindan atención del parto humanizado con pertinencia intercultural.	Porcentaje	Monitoreo in situ	Informes de monitoreo		Dirección Nacional de Salud Intercultural
		7.1.6. Porcentaje de cesáreas en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.	Porcentaje	Registro administrativo	GPR Cesáreas, Base de ginecología de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información	enero-junio 2015 (37,9%)	Dirección Nacional de Hospitales
		7.1.7. Cobertura de atención control posparto.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA	20,34	Dirección Nacional de Primer Nivel
		7.1.8. % de establecimientos de salud con atención materno neonatal que miden estándares e indicadores y gestionan la calidad de la atención.	Porcentaje	Registro administrativo	Reportes zonales de aplicación de estándares e indicadores de gestión de calidad (medición más mejoramiento continuo) de la atención materna neonatal.	25%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
		7.1.9. Cobertura de atenciones efectivas con calidad a las complicaciones derivadas del aborto, en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.	Porcentaje	Registro administrativo	Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP (Consolidado de Atenciones Gineco-Obstetricia) Formulario de Admisión (MSP Formulario Emergencia 08) o el formulario que sea utilizado para su efecto. Formulario 051	0	Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con la Gerencia Institucional de Implementación de la Disminución de la Mortalidad Materna
		7.1.10. Referencias cumplidas efectivas para la atención de las complicaciones derivadas del aborto en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA Formulario de Referencia 053 Formulario 051	0	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con la Gerencia Institucional de Implementación de la Disminución de la Mortalidad Materna

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de	3,59	3,71	3,84	3,97	4,1		34.787.195,00	35.899.930,00	37.012.665,00	38.125.400,00	39.238.135,00			
de ios	98%	100%	100%	100%	100%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		El dato referencial se rescató del Anuario de estadísticas Vitales INEC 2014.
de I	3%	8%	13%	18%	23%	23%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de	28	28	20	20	20		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de	28,66	31,34	34,03	36,73	39,43		1.422.297,36	1.551.397,32	1.680.497,28	1.809.597,24	1.938.697,20			
de ios	40%	50%	65%	80%	90%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		Este indicador se actualizó en enero de 2016.
I a al de a a	80%	85%	90%	95%	100%	100%	-	-	-	-	-	-	corriente	Para calcular este presupuesto se deberá considerar los costos emitidos en la investigación "Costos de omisión en SSSSR". (El Tarifario 2014 considera el valor por tratamiento de complicaciones derivadas del aborto en \$658).
es a l e	80%	85%	90%	95%	100%	100%	-	-	-	-	-	-	corriente	

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

7. Garantizar la salud materno y neonatal en el Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y de sus complicaciones.	7.2. Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto terapéutico o por violación en caso de discapacidad mental.	7.2.1. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la GPC de aborto terapéutico.	Porcentaje	Monitoreo in situ	Informes de monitoreo		Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión en coordinación con la Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
	7.3. Mejorar la vigilancia e investigación de la Morbilidad y mortalidad materna y neonatal.	7.3.1. Número de muertes maternas notificadas en el sistema de Vigilancia de MM.	Número	Registro administrativo	Sistema de vigilancia epidemiológica	1	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
		7.3.2. Número de muertes neonatales notificadas en el sistema de vigilancia.	Porcentaje	Registro administrativo	Sistema de vigilancia epidemiológica	1	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
		7.3.3. Porcentaje establecimientos de salud que implementan el sistema de vigilancia de morbilidad materna grave.	Porcentaje	Registro administrativo	Sistema de vigilancia epidemiológica	0	Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud con la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
		7.3.4. Porcentaje de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural.	Porcentaje	Registro administrativo	Informes de estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural	6%	Dirección Nacional de Salud Intercultural
		7.3.5. % de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la atención efectuados por los niveles desconcentrados, en casos de muerte materna.	Porcentaje	Informe Unico de Investigación	Archivos de DNCSS	10%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
		7.3.6. % de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la atención efectuados por los niveles desconcentrados, en casos de muerte neonatal.	Porcentaje	Registro administrativo	Archivos de DNCSS	0%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
		7.3.7. % de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte materna cerrados, en las Zonas.	Porcentaje	Informe Unico de Investigación	Archivos de DNCSS	100%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de s en a de ud e ud							N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de	5%	10%	20%	35%	30%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto corriente	
de	5%	10%	20%	35%	30%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto corriente	
de is ón ia	5%	10%	20%	35%	30%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Gasto corriente	
de [	6%	20%	50%	80%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de ios	80%	85%	90%	100%	100%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		La Dirección de Calidad, se encarga del seguimiento, más no del cumplimiento del plan.
de ios	3%	10%	20%	30%	50%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		La DNCSS asegura el seguimiento mas no al cumplimiento del plan, no podemos asegurar por ejemplo la contratación de médicos, si aseguramos hacer un seguimiento al cumplimiento del plan.
de ios	100%	100%	100%	100%	100%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

7. Garantizar la salud materno y neonatal en el Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y de sus complicaciones.	7.3. Mejorar la vigilancia e investigación de la Morbilidad y mortalidad materna y neonatal	7.3.8. % de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte neonatal cerrados, en las Zonas.	Porcentaje	Registro administrativo	Archivos de DNCSS	100%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
		7.3.9. % de establecimientos con aplicación del Sistema Informático Perinatal (SIP).	Porcentaje	Registro administrativo	Informes de reporte (Sistema Informático Perinatal)	0%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
	7.4. Fortalecer el manejo de emergencias obstétricas y neonatales.	7.4.1. Número de derivaciones por emergencias obstétricas en la RPIS.	Número	Registro administrativo	Sistema RPIS-MSP	3346	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud en coordinación con Gerencia Institucional de Disminución de la Mortalidad Materna
		7.4.2. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.	Porcentaje	Registro administrativo	Historias Clínicas/ Registros estadísticos del hospital	0.28%	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
8. Fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el sistema nacional de salud.	8.1. Asegurar a los y las adolescentes servicios de atención en salud integral; diferenciada, amigables y de calidad.	8.1.1. Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables para la atención de adolescentes.	Porcentaje	Reporte de la evaluación al establecimiento de salud como amigable para la atención a adolescentes	Informes zonales de certificación de los establecimientos de salud amigables para la atención a adolescentes	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		8.1.2. Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables que cuentan con club de adolescentes.	Porcentaje	Informes de conformación y actividades del club con el correspondiente respaldo	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR Zonales	0%	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		8.1.3. Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes.	Porcentaje	Informes de actividades con el correspondiente respaldo	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR Zonales	0%	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		8.1.4. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes.	Porcentaje	Lista de cumplimiento de la guía aplicada en los SS	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR Zonales	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de ios	100%	100%	100%	100%	100%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de ios	10%	20%	30%	40%	50%									
de on	4416,72	4858,39	5344,23	5878,65	6466,52		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		Datos de derivaciones por emergencias desde MSP a la Red
de ios	1	1	1%	1%	1%		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		Este es un indicador que no debe sobre pasar el 1%
de ud e ud	20%	20%	20%	20%	20%	100%	2600	2600	2600	2600	2600	13000		Se considera para este indicador procesos de fortalecimiento de capacidades y actividades de monitoreo y seguimiento.
de ud e ud	20%	20%	20%	20%	20%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
de ud e ud	20%	20%	20%	20%	20%	100%	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000		
de ud e ud	20%	20%	20%	20%	20%	100%	2600	2600	2600	2600	2600	13000		Se considera para este indicador procesos de fortalecimiento de capacidades y actividades de monitoreo y seguimiento.

8. Fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el sistema nacional de salud.	8.2. Asegurar a los y las adolescentes el acceso a servicios de salud integral en salud sexual y salud reproductiva.	8.2.1. Porcentaje de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 10 a 14 años atendidos en el SNS.	Porcentaje	Registro administrativo	Egresos hospitalarios 2014 INEC	1.6%	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
		8.2.2. Porcentaje de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el SNS.	Porcentaje	Registro administrativo	Egresos hospitalarios 2014 INEC	27.8%	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
		8.2.3. Cobertura de planificación familiar a adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.	Porcentaje	Registro administrativo	RDACAA		Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva
		8.2.4. Porcentaje de usuarias adolescentes que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar post evento obstétrico antes del egreso del establecimiento de salud.	Porcentaje	Muestreo Aleatorio de Historias Clínicas	Formulario 051 - CLAP	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
		8.2.5. Porcentaje de usuarias adolescentes atendidas en el post evento obstétrico que accedieron a un método anticonceptivo antes del egreso del establecimiento de salud.	Porcentaje	Muestreo Aleatorio de Historias Clínicas	Formulario 051 - CLAP	0	Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud

Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021

de ud e ud de	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	2,5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	El presupuesto referencial que se utilizó considerando el tarifario del Sistema Nacional de Salud para eventos obstétricos (partos, cesárea y abortos), año 2014 fue de 127122,3.
de ud e ud de	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	2,5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	El presupuesto referencial que se utilizó considerando el tarifario del Sistema Nacional de Salud para eventos obstétricos (partos, cesárea y abortos), año 2014 fue de 2335171,2.
de ud e ud de													La línea base y metas del presente indicador están siendo revisadas por la DNEAIS debido a que se han visualizado errores en la metodología de cálculo, por lo que una vez solventados estos errores se socializará la línea base y metas.
de ud e ud de	100%	100%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
de ud e ud de	80%	10%	0%	0%	0%	90%	365953,12	411702,66	411702,66	411702,66	411702,66	2012763,76	Se ha considerado que el 10% de las mujeres que tuvieron un evento obstétrico por diversas circunstancias no adoptarán el método anticonceptivo antes del egreso hospitalario a pesar de la asesoría. El acceso a planificación familiar deberá ser garantizado en el nivel inferior.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	1.1.1. Número de documentos normativos formulados e implementados que promueven la salud sexual y la salud reproductiva de poblaciones GLBTI.
DEFINICIÓN	Los documentos normativos son instrumentos que norman y regulan la atención, promoción, prevención y vigilancia de los procedimientos y acciones que deben implementar el Sistema Nacional de Salud para atender las necesidades de la población LGBTI.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$DN = \frac{DNI}{DNF}$ Donde: DN = Documentos Normativos DNI = Documentos Normativos Implementados DNF = Documentos Normativos Formulados	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
GLBTI: son iniciales para denominar de forma inclusiva a todas las personas y comunidades que se identifican como gay, lesbianas, bisexuales y transgéneros. En América Latina comúnmente se usa el término "minorías sexuales". Gay: es un hombre que tiene una atracción emocional, romántica y sexual con otra u otras personas del mismo sexo. Lesbiana: es una mujer que tiene una atracción emocional, romántica y sexual con otra u otras personas del mismo sexo. Bisexual: es un hombre o una mujer o Intersex que tiene una atracción emocional, romántica y sexual hacia personas de ambos géneros. Transgénero: es un término general que describe a las personas cuyo sexo cultural o identidad de género, el sentido interno de ser hombre o mujer, es diferente al sexo biológico. Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y a su reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas)	

Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia

Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetuosos, protegidos y satisfechos (Salud reproductiva de la OMS <http://who.int/reproductive-health/index.htm>.; Documentos oficiales de la ONU conferencias, publicaciones, asambleas, etc; declaraciones y plataformas de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo-1994).

Enfoque de derechos: Se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación y condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción del a dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Los documentos normativos formulados e implementados que promueven la salud sexual y la salud reproductiva de poblaciones lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e Intersex (LGBTI) se calcula revisando los documentos normativos implementados sobre los documentos normativos formulados.

LIMITACIONES TÉCNICAS		Se requiere control continuo para dar el seguimiento a la implementación del documento
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de normativas formuladas y números de normativas implementadas
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Se trata de implementar el indicador para fomentar la equidad y justicia en los servicios de salud pública.
FUENTE DE DATOS		Catálogo de normatización del MSP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Indeterminada
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Indeterminada
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica

INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	3 de diciembre de 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	1.1.2. % de establecimientos de salud que cumplen estándares de servicios inclusivos óptimos sin discriminación (Tipos A, B y C).
DEFINICIÓN	Se refiere al establecimiento de salud que cumplen con un conjunto de atributos y definiciones relevantes para la promoción en los servicios de salud según los lineamientos del Modelo de Certificación de Servicios Inclusivos. Cada estándar a su vez agrupa a un conjunto de categorías, indicadores y sub indicadores asociadas con una temática específica relacionada con la promoción de la salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{Porcentaje de Establecimientos de Salud} = \frac{\text{No. ES c CO} - 16,17,18,19,20}{\text{No. ES t ABC} - 16,17,18,19,20}$	
Donde: No. ES c CO = Número de Establecimientos de la Salud con Certificación Óptima en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 No. ES t ABC = Número de Establecimientos de la Salud tipos A,B y C en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Servicios de Salud Inclusivos: Es un establecimiento de salud que ha sido certificado bajo la modalidad establecida en el reglamento en las etapas inicial, intermedia y óptima

Categoría es un conjunto de indicadores relacionados con el tema específico definido para la promoción en los servicios de salud.

Indicador: Es un criterio o producto específico relacionado con un ámbito de la promoción de la salud en el marco del Modelo de Certificación de los Servicios de Salud Inclusivos. El mismo puede tener uno o más subindicadores relacionados.

Subindicador. Es un criterio o producto que complementa la implementación de otros subindicadores o indicadores de promoción en los servicios de salud.

El modelo de certificación contiene 4 estándares que deben ser cumplidos por los establecimientos del primer nivel de atención en salud para poder alcanzar la certificación:

- i) Establecimientos libres de discriminación;
- ii) Establecimientos Libres de contaminación;
- iii) Establecimientos Participativos; y,
- iv) Establecimientos que implementan acciones saludables.

Etapa inicial: habilitar y fortalecer los mecanismos para el cumplimiento de la normativa vigente y buenas prácticas (trato digno y respeto a los derechos humanos)

Etapa satisfactoria: Robustecer los procesos para la mejora continua en la implementación de los estándares (institucionalización de los procesos de la promoción de salud con el enfoque de derechos humanos; generar propuestas ancladas en el contexto y territorio)

Etapa óptima: Consolidar propuesta de mejora continua por el personal de salud y la comunidad (se evidencia el sentido de pertenencia del personal de salud, la comunidad y los otros niveles de gobierno hacia la promoción de la salud; medir el impacto de la implementación del modelo).

Derecho a no ser discriminado: Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Atención Integral en Violencia de Género, Quito, 2012).

Centros de Salud Tipo A: Establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de hasta 10.000 habitantes, ubicado en el sector urbano y rural; presta servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, enfermería y fomento de actividades de participación comunitaria, cuenta con un botiquín y/o farmacia; cumple con las normas y programas de atención del MSP.

Centros de Salud Tipo B: Establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 25.000 habitantes (asignados o adscritos), presta servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia, enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP.

Centros de Salud Tipo C: Establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes (asignados o adscritos), presta servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo como nutrición, trabajo social, servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia institucional, maternidad de corta estancia y emergencia; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP. (Fuente Ministerio de Salud Pública, Programa Médico Funcional, Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención, enero 2014)

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El porcentaje de establecimientos de salud tipos A, B y C que cumplen estándares óptimos sin discriminación se calcula dividiendo el número de establecimientos de salud con certificación óptima por el número de establecimientos de salud.

El cálculo debe hacerse en forma progresiva siguiendo el Modelo de Certificación de servicios inclusivos de la Secretaría de Promoción de la Salud y la Igualdad. .

LIMITACIONES TÉCNICAS		El número de establecimientos de salud de acuerdo a la tipología (A,B y C) no concuerda entre la Dirección de Estadísticas y la Dirección de Planificación
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Establecimientos de salud tipo A, B y C con atención libres de discriminación.
FUENTE DE DATOS		Matriz para la certificación de servicios inclusivos en los distintos tipos de establecimiento y niveles de certificación
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Cada año
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Resultados se matrices de los distintos tipos de certificación
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Modelo de Servicios Inclusivos de la Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Diciembre, 3 de 2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	1.2.2. Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que define el porcentaje de establecimientos de salud de atención primaria en salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas de su zona de influencia.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESPSSRUE_i = (NESAPSSR_i / TESPN_i) \times K$ PESPSSRUE_i = Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas en un periodo (t) y espacio geográfico determinado NESAPSSR = Número de establecimientos de salud de atención primaria en salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado TESPN = Total de establecimientos de salud de atención primaria en salud, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Establecimientos de Salud: Unidad Operativa. Incluye hospital móvil, Unidad móvil General, Unidad de Diagnóstico Especializado Oncológica, Unidad Móvil Quirúrgica, y Unidad Anidada. (1) 2. Atención Primaria en Salud: Es una estrategia eficaz que mejora la accesibilidad y la equidad en la utilización de los servicios y resultados de salud. 3. Promoción de la Salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta.(2) 4. Salud Reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad. (3) 5. Salud Sexual: Ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como: estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos. (4) 6. Instituciones Educativas: Las instituciones educativas cumplen una función social, son espacios articulados a sus respectivas comunidades y, tanto las públicas como las privadas y fiscomisionales, se articulan entre sí como parte del Sistema Nacional de Educación, debiendo cumplir los fines, principios y disposiciones de la presente Ley. Los centros educativos, incluidos los privados si así lo deciden, son espacios públicos.(5)	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>Porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas</i> Numerador: es la sumatoria del número de establecimientos de salud de primer nivel de atención que realizan actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las unidades educativas de su zona de influencia Denominador: es el total de establecimientos de salud de primer nivel Porcentaje: el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	- No existe una matriz que reporte las acciones de promoción de la salud anclada el RDACCA, por tal motivo, el reporte de esta información será manual hasta solventarlo. - Desconocimiento del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de las unidades de salud de atención primaria que realizan de manera coordinada con las instituciones educativas de su zona de referencia, actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al marco normativo del MSP.
FUENTE DE DATOS		Registro de acciones de promoción de la salud en el MSP y otras instituciones del SNS.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Semestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) Agenda del Desarrollo Sostenible 2030. Objetivos 3, 4 y 5.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		1. Instructivo para el llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA). MSP 2013 2. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. Familiar, Comunitaria e Intercultural MAIS-FCI. MSP 2009 3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva, 2017. 4. Working Definitions after WHO Technical Consultation on Sexual Health, 2002 5. Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2015
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Febrero 2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Febrero 2017
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	1.2.3 Porcentaje de establecimientos de salud que ejecutan actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando actividades extra murales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESAEPSSR_t = \frac{NESRAEPSSR_t}{TESEAPSSYR_t} \times K$ PESAEPSSR_t = Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando actividades extramurales de promoción de salud sexual y salud reproductiva, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. NESRAEPSSR_t = Número de establecimientos de salud que reportan la ejecución de actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado TESEAPSSYR_t = Total de establecimientos de salud, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Comunidad¹ Concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades, naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico. 2. Promoción de la Salud¹ La combinación de educación de la salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud. 3. Actividades extramurales o comunitarias¹ Actividades de organización comunitaria involucrando a actores sociales de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población: Identificación y mapeo de actores, formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud e intervenciones sobre los problemas y necesidades de salud. 4. Salud reproductiva² Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad.	

5. Salud sexual²

Ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo éste es un indicador que mide:

Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva

Numerador: Se consideran todos los establecimientos de salud que han reportado la ejecución de actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva

Denominador: Se consideran el total de establecimientos de salud

Porcentaje: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS	- Desconocimiento del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. - Posible falta de objetividad en el momento de evaluar el servicio si este proceso es realizado por el mismo personal del establecimiento de salud. - Desconocimiento del porcentaje de actividades extramurales a realizar en los establecimientos de salud - Falta de registro de las actividades extramurales a realizar en los establecimientos de salud
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador permitirá medir el porcentaje de establecimientos de salud que realizan actividades extramurales de promoción de la salud sexual y salud reproductiva.
FUENTE DE DATOS	Registro de actividades extramurales del MSP y otras instituciones del SNS.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Se deberá evaluar las actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva semestralmente.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2017 (desde su implementación)

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.	
	No aplica	No aplica	
	No aplica	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) Agenda del Desarrollo Sostenible 2030. Objetivos 3 y 5.	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública. 2012 2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Distribución de Unidades Operativas por Zonas de Planificación Territorial en el Ecuador. Quito: Coordinación General de Planificación. 2015	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). MSP 2009 2. Working Definitions after WHO Technical Consultation on Sexual Health, 2002	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		FEBRERO 2017	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		FEBRERO 2017	
SINTAXIS			
No aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15	
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.		

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	2.1.1 Porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS que implementan las normativas en torno a la SS y SR
DEFINICIÓN	Los documentos normativos son instrumentos que norman y regulan la atención, promoción, prevención y vigilancia de los procedimientos y acciones que deben implementar el Sistema Nacional de Salud para atender las necesidades de la población. El presente indicador busca medir el porcentaje de establecimientos de la RPIS que implementan las normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria en torno a la SSSR
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESRPISINSSSR} = \frac{\text{NESRPISINSSSR}}{\text{TESRPIS}} \times 100$ Donde: PESRPISINSSSR = Porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS que implementan las normativas en torno a la SS y SR NESRPISINSSSR = Número de establecimientos de salud de la RPIS que implementan normativas en SSSR TESRPIS = Total de establecimientos de salud de la RPIS	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y a su reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas) Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deban ser respetuosos, protegidos y satisfechos.	

Enfoque de derechos: Se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación y condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción una dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
NUMERADOR: Número de establecimientos de salud de la RPIS que implementan normativas en SSSR en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. DENOMINADOR: Número Total de establecimientos de salud de la RPIS Finalmente el resultado se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		Se requiere control continuo para dar el seguimiento a la implementación de las normativas
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de normativas formuladas y números de normativas implementadas
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Se trata de implementar el indicador para fomentar la equidad y justicia en los servicios de salud de la Red Pública de Salud
FUENTE DE DATOS		Catálogo de normatización del MSP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Indeterminada
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Indeterminada
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Objetivos de desarrollo Sostenible	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	2017	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	2.2.1. Porcentaje de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica alineados a la normativa en temas de SS y SR
DEFINICIÓN	Los documentos normativos son instrumentos que norman y regulan la atención, promoción, prevención y vigilancia de los procedimientos y acciones que deben implementar el Sistema Nacional de Salud para atender las necesidades de la población. El presente indicador busca medir el porcentaje de instituciones académicas con procesos formativos alineados a la normativa en temas de SS y SR emitidas por la Autoridad Sanitaria en torno a la SSSR
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESRPISINSSSR} = \frac{\text{NESRPISINSSSR}}{\text{TESRPIS}} \times 100$ Donde: PESRPISINSSSR = Porcentaje de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica alineados a la normativa en temas de SS y SR NESRPISINSSSR = Número de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica alineados a la normativa en temas de SS y SR TESRPIS = Total de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y a su reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas) Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual	

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetuosos, protegidos y satisfechos.

Enfoque de derechos: Se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación y condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción del a dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Se considerará el número de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica alineados a la normativa en temas de SS y SR

DENOMINADOR: Se tomará el total de instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS	Se requiere control continuo para dar el seguimiento a la implementación de las normativas instituciones académicas con procesos formativos en la rama médica
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Número de normativas formuladas y números de normativas implementadas
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Se trata de implementar el indicador para fomentar la equidad y justicia en el marco del respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos en los procesos de formación de profesionales de salud.
FUENTE DE DATOS	Catálogo de normatización del MSP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Indeterminada
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	Indeterminada

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Objetivos de desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud reproductiva. http://who.int/reproductive-health/index.htm. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		- MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	2.3.1. Porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS que implementan el Plan Nacional de SS y SR
DEFINICIÓN	Los documentos normativos son instrumentos que norman y regulan la atención, promoción, prevención y vigilancia de los procedimientos y acciones que deben implementar el Sistema Nacional de Salud para atender las necesidades de la población. El presente indicador busca medir el porcentaje de instituciones de salud que implementan el Plan Nacional de SS y SR
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESIPNSSSR} = \frac{\text{NESRPISIPNSSSR}}{\text{TESRPIS}} \times 100$ Donde: PESIPNSSSR = Porcentaje de establecimientos de salud que implementan el Plan Nacional de SS y SR NESRPISIPNSSSR = Número de establecimientos de salud de la RPIS que implementan el Plan Nacional de SS y SR TESRPIS = Total de establecimientos de salud de la RPIS	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Política nacional que promueve la inclusión, la igualdad y el respeto de los Derechos Humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Articula aspectos de la gestión del Sistema Nacional de Salud, para lograr recursos y procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento sobre este tema; al mismo tiempo que desarrolla estrategias que logren modificar indicadores de Salud Sexual y Salud Reproductiva que son prioritarios para el país. Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y a su reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas) Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.	

Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual

La Salud Sexual queda definida por la WAS (Word Asociación Foro Sexología) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deban ser respetuosos, protegidos y satisfechos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Se considerará el número de establecimientos de salud de la RPIS que implementan el Plan Nacional de SS y SR

DENOMINADOR: se considerará el total de establecimientos de salud de la RPIS
Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		Se requiere control continuo para dar el seguimiento a la implementación del Plan Nacional de SSSR 2017 - 2021
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Se trata de implementar el indicador para fomentar la equidad y justicia en el marco del respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos el Sistema Nacional de Salud
FUENTE DE DATOS		Informes anuales de gestión del PNSSSR, registros administrativos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Objetivos de desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud reproductiva de la http://who.int/reproductive-health/index.htm. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo-1994
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	2.4.1. Porcentaje de subsistemas de la RPIS que implementan el RDACAA
DEFINICIÓN	Los documentos normativos son instrumentos que norman y regulan la atención, promoción, prevención y vigilancia de los procedimientos y acciones que deben implementar el Sistema Nacional de Salud para atender las necesidades de la población. El presente indicador busca medir el porcentaje de instituciones de salud que implementan el Plan Nacional de SS y SR
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PSRPISIRDACAA} = \frac{\text{NSRPISIRDACAA}}{\text{TSRPIS}} \times 100$ Donde: PSRPISIRDACAA = Porcentaje de subsistemas de la RPIS que implementan el RDACAA NSRPISIRDACAA = Número de subsistemas de la RPIS que implementan el RDACAA TSRPIS = Total de subsistemas de la RPIS	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACAA: Sistema Off/On line de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias utilizado por los profesionales en los establecimientos de salud: Estadísticos, médicos, psicólogos, obstetrces, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales. Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y a su reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas). Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual.	

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetuosos, protegidos y satisfechos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Se considerará el número de subsistemas de la RPIS que implementan el RDACAA

DENOMINADOR: Se considerará el total de subsistemas de la RPIS

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS	- Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. - Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del “Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)” vigente a la fecha. - Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Se trata de implementar el indicador para fomentar la equidad y justicia en el marco del respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos el Sistema Nacional de Salud
FUENTE DE DATOS	Informes anuales de gestión del PNSSSR, registros administrativos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2017
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO Nacional
	GENERAL No aplica
	OTROS ÁMBITOS No aplica

INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Objetivos de desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud reproductiva de la http://who.int/reproductive-health/index.htm. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo-1994
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	3.1.1. Porcentaje de atenciones en diagnóstico y tratamiento según la guía de atención a la violencia de género.
DEFINICIÓN	Atenciones en diagnóstico y tratamiento que siguen la guía de atención a la violencia de género en el diagnóstico y tratamiento que implica la aplicación de procedimientos y la utilización de instrumentos para la restitución de los derechos a la salud y a una vida libre de violencia.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{Porcentaje de diagnóstico y tratamiento} = \frac{\text{No. AD -T - VG-NT-16.17.18.19.20}}{\text{No. A- 16.17.18.19.20}}$	
Donde: No. AD -T- VG-16.17.18.19.20 = Número de Atenciones en Diagnóstico de Tratamiento en Violencia de Género según la Norma Técnica en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. No. A-16, 17, 18, 19,20 = No. de Atenciones en los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Principalmente, las definiciones de variables obtenidas de la “Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género”, MSP. 2014 Diagnóstico y Tratamiento: En todos los casos el o la médica responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del caso. El tratamiento deberá realizarse en todos los casos atendidos, ya sea que se realice un peritaje o no. Se tratará las lesiones físicas según la capacidad resolutoria de la unidad operativa. Además, deberá poner en conocimiento del o la Directora de la Unidad de Salud Enfoque de género en salud pública: parte del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres y sirve para determinar cómo difiere los resultados, experiencias, riesgos sanitarios y factores sociales, culturales y biológicos entre hombres y mujeres, niños y niñas y para actuar en consecuencia mejorando la eficiencia, cobertura y equidad en la gestión en salud. En la mayoría de las sociedades existen entre hombres y mujeres relaciones de poder desiguales. El enfoque de género en salud pública ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de las mujeres durante su ciclo de vida y determinar formas de abordarlos. Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación externa de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgénicos, transexuales y los hombres gay entre otras.	

Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación.

Identificación de casos sospechosos de violencia de género:

La identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas:

- Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario, usuaria del Servicio de Salud.
- Transferencia del caso desde el Sistema de Justicia u otras instituciones
- Detección del caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Tipos de violencia:

Violencia física: Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias.

Violencia psicológica: constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución del autoestima de la mujer o familiar agredido

Violencia sexual: es la imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona a la que se le obliga a tener relaciones o prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso del engaño, de fuerza física, intimidación, amenazas, la generación de dependencia emocional, o material, el abuso del poder, o cualquier otro medio coercitivo.

Atención Clínica: Implica la atención en salud desde la especificidad médica. Cualquier profesional de salud capacitado/a puede constituirse en testigo/a experto/a en función de la atención brindada a una presunta víctima y los hallazgos encontrados, desde una perspectiva de testigo de hecho.

Atención sensible: el cuidado sensible se identifica con la solidaridad, empatía y afectividad de los contactos profesionales; en la disponibilidad, en la entrega, en la escucha atenta; en el diálogo objetivo e interesado, en la conversación dedicada, en la conversación terapéutica. Es todo aquello

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El Porcentaje de atenciones en diagnóstico y porcentaje de atenciones en tratamiento de violencia de género según la norma técnica se calcula con el número de atenciones de diagnóstico y tratamiento en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 sobre el número de atenciones en los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 Para el cálculo se hará una muestra de 20 por hospital.

LIMITACIONES TÉCNICAS

En la actualidad, hay registro de atenciones por violencia de género solo en atenciones ambulatorias por medio del REDACCA.

UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES

Número

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		La atención a la violencia de género cubre los diagnósticos y tratamientos. .
FUENTE DE DATOS		Historia Clínica F008 REDACA
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		No aplica
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Solo los que arroja el REDACA 2014
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador 2008 -Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2017 -Modelo de Atención Integral de la Salud 2012 -Convención sobre la Eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, recomendaciones -Norma Técnica Atención Integral en Violencia de Género, MSP 2014
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 3 de 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	3.1.2. Porcentaje de establecimientos de salud que registran atenciones de violencia de género.
DEFINICIÓN	Registro de atenciones de violencia de género en el RDACAA.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{Porcentaje de Establecimientos de Salud} = \frac{\text{No. ES-RVG- 17,18,19,20,21}}{\text{No. ES - 17,18,19,20,21}}$ Donde: No. ES-RVG- 17,18,19,20,21 = No. de establecimientos de salud que registran atenciones de violencia de género en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021. No. ES - 17,18,19,20,21 = Número de Establecimientos de Salud en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Definición de variables obtenidas de la "Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género", MSP. 2014 Establecimientos de Salud: Son los Centros de Salud tipo A, B y C más hospitales básicos más hospitales generales, más Hospitales especializados del Sistema Nacional de Salud. Género: es una construcción social que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, por lo tanto se convierte en una categoría de análisis desde el punto de vista social. Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación externa de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgénicos, transexuales y los hombres gay entre otras. Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación. Centros de Salud Tipo C: Establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes (asignados o adscritos), presta servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo como nutrición, trabajo social, servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia institucional, maternidad de corta estancia y emergencia; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP. (Fuente Ministerio de Salud Pública, Programa Médico Funcional, Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención, enero 2014)	

Salas de primera acogida: son espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicios médico, social y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar.

Identificación de casos sospechosos de violencia de género:

La identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas:

- Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario, usuaria del Servicio de Salud.
- Transferencia del caso desde el Sistema de Justicia u otras instituciones
- Detección del caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Tipos de violencia:

Violencia física: Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias.

Violencia psicológica: constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución del autoestima de la mujer o familiar agredido

Violencia sexual: es la imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona a la que se le obliga a tener relaciones o prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso del engaño, de fuerza física, intimidación, amenazas, la generación de dependencia emocional, o material, el abuso del poder, o cualquier otro medio coercitivo.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Porcentaje de establecimientos de salud que registran atenciones de violencia de género se calcula sumando el Número de establecimientos de salud que registran atenciones de violencia de género en los años, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 sobre el Número de Establecimientos de Salud en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Para el cálculo se hará la muestra de 20 atenciones por hospital.

LIMITACIONES TÉCNICAS	Hay registro de atenciones por violencia de género solo en atenciones ambulatorias por medio del REDACCA.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Número
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de Unidades de Salud Tipo C y Hospitales que atienden casos de violencia basada en género y los reportan.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica F008 REDACA
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Cada año
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	Solo los que arroja el REDACA 2014

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional	
	GENERAL	No aplica	
	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador -Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2017 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Convención sobre la Eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer -Recomendaciones	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 3 de 2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA			
SINTAXIS			
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15	
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	3.1.3. Cobertura de atenciones según violencia de género
DEFINICIÓN	Define como el porcentaje que cubre los establecimientos de salud en servicios según violencia de género sobre la población asignada.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{Cobertura de Atenciones en Salud} = \frac{\text{No-APC-MEF-VG-ES}}{\text{60\%-MEF-PA-ES}}$ Donde la cobertura de atenciones en salud se mide por: No-APC-MEF-VG-ES = Número de atenciones primera consulta de mujeres en edad fértil según violencia de género en el establecimiento de salud. 60% - MEF-PA-ES = 60% mujeres en edad fértil de la Población Asignada en cada establecimiento de salud.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Definición de variables obtenidas de la "Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género", MSP. 2014 Establecimientos de Salud: Son los Centros de Salud tipo A, B y C más hospitales básicos más hospitales generales, más Hospitales especializados del Sistema Nacional de Salud. Género: es una construcción social que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, por lo tanto se convierte en una categoría de análisis desde el punto de vista social. Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación externa de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad. Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación. Mujeres en Edad Fértil: se considera como mujeres en edad fértil a las mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 10 a 49 años.	

Centros de Salud Tipo C: Establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes (asignados o adscritos), presta servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo como nutrición, trabajo social, servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia institucional, maternidad de corta estancia y emergencia; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP. (Fuente Ministerio de Salud Pública, Programa Médico Funcional, Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención, enero 2014)

Salas de primera acogida: son espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicios médico, social y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar.

Identificación de casos sospechosos de violencia de género:

La identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas:

- Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario, usuaria del Servicio de Salud.
- Transferencia del caso desde el Sistema de Justicia u otras instituciones
- Detección del caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Tipos de violencia:

Violencia física: Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias.

Violencia psicológica: constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución del autoestima de la mujer o familiar agredido

Violencia sexual: es la imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona a la que se le obliga a tener relaciones o prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso del engaño, de fuerza física, intimidación, amenazas, la generación de dependencia emocional, o material, el abuso del poder, o cualquier otro medio coercitivo.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide la proporción de atenciones realizadas por primera vez en relación al cupo de atenciones que tienen las consultas de primera vez, con la población asignada. Para el cálculo se tomará en cuenta que 6 de cada 10 mujeres son víctimas de violencia de género.

LIMITACIONES TÉCNICAS

Hay registro de atenciones por violencia de género solo en atenciones ambulatorias por medio del REDACCA.

El CIE10 no cuenta con la nomenclatura para violencia de género, Los profesionales de la salud refieren violencia de género de acuerdo a los signos y síntomas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES

Número

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Porcentaje de Unidades de Salud Tipo C y Hospitales que atienden casos de violencia basada en género y los reportan.
FUENTE DE DATOS		Historia Clínica F008 REDACA
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Cada año
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Solo los que arroja el REDACA 2014
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador -Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2017 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Convención sobre la Eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Septiembre, 9 de 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión. Ana Aulestia	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	3.1.4. Porcentaje de casos reportados de víctimas de violencia de género a los servicios de justicia.
DEFINICIÓN	Los reportes a Justicia de víctimas de violencia basada en género es el proceso en el cual él o la médica responsable de la atención comunica a la autoridad del establecimiento de la salud. A su vez, ella deberá reportar a la policía nacional, a la Fiscalía general de la Nación o jueces y juezas de Violencia contra la Mujer y la Familia.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\% \text{ de reportes a servicios de justicia} = \frac{\text{No. AVG-RSJ-16,17,18, 19, 20}}{\text{No. AVG-16,17,18,19,20}}$ Donde: No. AVG-DSJ -16,17,18,19,20 = Número de Atenciones en Violencia de Género reportadas a servicios de justicia en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 No. AVG-16,17,18,19,20 = Número de Atenciones en Violencia de Género en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
La mayoría de las definiciones de variables son obtenidas de la "Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género", MSP. 2014 Referencia y Contra referencia: está orientada a los servicios de salud. El o la médica responsable garantizará que todos los casos que requieran atención especializada, en caso de que su capacidad resolutive no lo permita, serán referidos al establecimiento de salud que cuente con la misma. Todos los casos serán contra referidos para el seguimiento al establecimiento de salud en el cual esté adscrita la persona, excepto en el caso que se encuentre en riesgo la seguridad de la persona. Este procedimiento debe realizarse en el formulario 053 Puesta en conocimiento de la autoridad competente: el o la Directora del establecimiento de salud es responsable de poner en conocimiento de la Fiscalía o del personal del Sistema especializado integral de investigación, de la medicina legal y ciencias forenses. El o la médica o la persona responsable entregará al o la directora los formularios de registro correspondientes que detallen la atención realizada. Medicina forense: llámame medicina legal o forense a la medicina científica que está al servicio de justicia y de la ley, e interviene en todos los casos en que se requiere un peritaje médico para dilucidar interrogantes de carácter médico para deslindar responsabilidades. Se utilizan como sinónimos: jurisprudencia médica, medicina de derecho o medicina jurídica.	

Evidencia: Todo aquello dejado por el autor del delito. Son los vestigios que constituyen seña o muestra o indicación de los hechos investigados.

Prueba en el Derecho Penal: la prueba constituye una fase esencial del proceso en la que el órgano jurisdiccional debe formar su convicción sobre la veracidad de las alegaciones vertidas por las partes en el proceso. La prueba es la demostración de la existencia de un hecho o de la verdad de una afirmación tratando de obtener convicción psicológica del juzgador respecto a un dato procesal determinado.

Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación externa de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgéneros, transexuales y los hombres gay entre otras.

Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación.

Salas de primera acogida: son espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicios médico, social y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El porcentaje de casos reportados a servicios de justicia se calcula dividiendo el número de atenciones en violencia de género reportadas a servicios de justicia en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 sobre el número de atenciones de violencia de Género en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020.

LIMITACIONES TÉCNICAS

- No se cuenta con una hoja de ruta oficial para el reporte de víctimas de violencia de género a las autoridades competentes.
- Hasta el año 2015, solo 15 salas de emergencia reportan casos de violencia de género a las autoridades competentes

UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES

Porcentaje

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje de víctimas de violencia de género con protección de la justicia y atención integral de la salud.

FUENTE DE DATOS

Historia Clínica

PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES

Cada año

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS

15 salas de emergencia en los archivos institucionales

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador -Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2017 -Modelo de Atención Integral de la Salud -Convención sobre la Eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer -Recomendaciones
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 11 de 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión. Ana Aulestia

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	3.1.5. Porcentaje de establecimientos de salud con tratamiento profiláctico para violencia sexual según la normativa.
DEFINICIÓN	El tratamiento Profiláctico son los pasos utilizados para prevenir el surgimiento de lesiones y enfermedades relacionadas con la violencia de género según la norma técnica
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{Porcentaje de Establecimientos de Salud} = \frac{\text{No. ES-TPNT 17,18,19,20,21}}{\text{No. ES - 17,18,19,20,21}}$ Donde: No. ES-TPNT- 17,18,19,20,21 = No. de establecimientos de salud con atención de tratamiento profiláctico según la Norma Técnica en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021. No. ES - 17,18,19,20,21 = Número de Establecimientos de Salud en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Diagnóstico y Tratamiento: En todos los casos el o la médica responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del caso. El tratamiento deberá realizarse en todos los casos atendidos, ya sea que se realice un peritaje o no. Se tratará las lesiones físicas según la capacidad resolutive de la unidad operativa. Además, deberá poner en conocimiento del o la Directora de la Unidad de Salud Derecho a una atención digna: Los y las pacientes tienen derecho a ser atendidos en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y, tratado con respeto, esmero y cortesía. Derecho a la no revictimización: Los y las pacientes víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir una atención institucional que no genere maltrato físico y/o psicológico y que propenda a evitar la violación a sus derechos a la integridad personal. Salas de primera acogida: son espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicios médico, social y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar.	

Identificación de casos sospechosos de violencia de género:

La identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas:

- Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario, usuaria del Servicio de Salud.
- Transferencia del caso desde el Sistema de Justicia u otras instituciones
- Detección del caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Salud Sexual y Salud Reproductiva: definido como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción. (Fondo de Población de Naciones Unidas)

Enfoque de derechos: Se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación y condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción del a dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

Género: es una construcción social que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, por lo tanto se convierte en una categoría de análisis desde el punto de vista social.

Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación externa de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgéneros, transexuales y los hombres gay entre otras.

Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación.

Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia

Salud sexual: es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deban ser respetuosos, protegidos y satisfechos.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Porcentaje de establecimientos de salud con atención de tratamiento profiláctico para violencia sexual según la normativa se calcula por el No. de establecimientos de salud con atención de tratamiento profiláctico según la Norma Técnica en los años, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 sobre el Número de Establecimientos de Salud en los años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		La norma técnica señala pasos generales se hace necesario desarrollar protocolos para un atención profiláctica completa. Hasta 2015 sólo 15 salas de acogida
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Víctimas de violencia de género con tratamiento que impide desarrollar enfermedades posteriores.
FUENTE DE DATOS		Historias Clínicas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Historias Clínicas
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		-Constitución Política del Ecuador. Art. 32 y Art. 11. Numeral 2 -Plan Nacional del buen Vivir. Capítulo II Sección 7, Art. 32; Capítulo III Art. 66 -Modelo de Atención Integral de la Salud
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo-1994 http://who.int/reproductive-health/index.htm

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	14 de diciembre de 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	4.1.1. Proporción de la población con VIH/sida que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa
DEFINICIÓN	Expresa el total de personas portadoras de VIH que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa en relación al número de personas portadoras del VIH, expresado por 100.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PPVIH_{Acc.Med.} = \frac{PVIH_{Acc.Med.}}{PPVIH} \times 100$ Donde: $PPVIH_{Acc.Med.}$ = Proporción de la población con VIH/sida que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa $PVIH_{Acc.Med.}$ = Personas con VIH/sida que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa $PPVIH$ = Población con VIH/sida que requieren Tal según normativa.	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).- Consiste en la presencia de un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Infección avanzada de VIH.- Las personas infectadas por el VIH que se encuentran en fase avanzada pueden presentar síntomas diversos, como aumento del tamaño de los ganglios, manchas blancas en la lengua de origen infeccioso y hematomas o hemorragias inexplicables. Cuando el recuento de células CD4 desciende hasta niveles muy bajos, el sistema inmunitario se debilita y se vuelve más sensible a las enfermedades indicadoras de SIDA, como la neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> (NPC), el sarcoma de Kaposi y una pérdida de peso importante conocida como síndrome de emaciación¹. Medicamentos antirretrovirales.- son los medicamentos para el tratamiento antirretroviral (TARv) que impiden la multiplicación del virus en el organismo, surgieron en la década de los ochenta. No matan al VIH —el virus causante del sida—, pero ayudan a evitar el debilitamiento del sistema inmunitario. Por eso, su uso es fundamental para aumentar el tiempo y la calidad de vida de los pacientes de sida²	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Para el cálculo del indicador, en el numerador se contabilizan los casos o personas con VIH/sida que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales según normativa. El denominador representa el total de la población con VIH/Sida que requiere TARv según normativa y el estimado se obtiene de un software de modelamiento de estimaciones de VIH/sida denominado SPECTRUM. Finalmente el resultado se multiplica por 100. El indicador debe actualizarse de acuerdo a la proyección de estimaciones SPECTRUM	
LIMITACIONES TÉCNICAS	
Se realiza cambio en los datos a partir del año 2013, cuando Ecuador incorpora la Estrategia 2.0 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, donde se define el uso de dosis fijas combinadas a pacientes nuevos diagnosticados con recuento de células CD4 menor o igual a 500 células/mm³. Lo cual incorporaba pacientes portadores de VIH en etapa avanzada de infección (Sida) y a pacientes portadores de VIH asintomáticos. Esto hace que la serie histórica disponible no sea comparable.	
UNIDAD DE MEDIDA DEL INDICADOR	Porcentaje

1. <http://consumidores.msd.com.ec/enfermedades/sida/infeccion-avanzada.xhtml>

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Por cada 100 personas con VIH/sida que requieren TARv existe un (x#) de personas que tienen acceso a medicamentos antirretrovirales. Lo que influye en el acceso a TARv es el diagnóstico oportuno de su condición serológica e inmunológica para iniciar TARv
FUENTE DE DATOS		Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2006 -2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2017.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Guidelines: The use of antirretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, OMS, june 2013, pág. 94-95
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Julio, 2013
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Julio, 2016
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS MSP Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP Dirección Nacional de Estadística-MSP y Subsecretaría de Información – SENPLADES.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	4.1.2 Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para VIH
DEFINICIÓN	Número de mujeres embarazadas tamizadas para VIH, entre número estimado de mujeres embarazadas.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PMETVIH = (NMETVIH / NME) \times K$ <i>PMETVIH = Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para VIH.</i> <i>NMETVIH = Número de mujeres embarazadas tamizadas para VIH.</i> <i>NME = Número estimado de mujeres embarazadas.</i> <i>K = 100</i>	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Infección: Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas. Las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones. Las infecciones pueden ser además locales o sistémicas. VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Transmisión materna infantil del VIH: El riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño se da durante el embarazo (intraútero), en el momento del parto o a través de la lactancia materna. Transmisión intrauterina: En el conjunto de la transmisión materno infantil, la transmisión intrauterina representa un 25% como causa de infección en el niño, con evidencia de que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación.	

El factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión.

Por esta razón es fundamental disminuir la replicación viral, y lograr, de ser posible, la indetectabilidad de la carga viral; por lo tanto, la administración de antirretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más precozmente posible.

Transmisión intraparto: Durante el parto, el riesgo de transmisión es de entre 40% y 45%, pues el recién nacido (RN) está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus de VIH. La transmisión puede darse a través de microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérvix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo del niño. La rotura prematura de membranas se ha asociado con el incremento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa.

Transmisión a través de la lactancia: Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática
- Mayor carga viral en la leche materna
- Mayor deterioro inmunológico de la madre
- Presencia de mastitis
- Lesiones sangrantes en los pezones
- Lactancia mixta 1(2)
- Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes
- Primoinfección durante la lactancia

Mujer VIH positiva: Mujer con diagnóstico confirmado de VIH positivo; el cual pudo haber sido conocido antes, durante la gestación, al momento del parto o en puerperio.

Diagnóstico de la infección por el VIH en mujeres embarazadas: El diagnóstico de infección por VIH/Sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH; este se realiza mediante la pruebas de tamizaje: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria *Western Blot*.

Estimación: Son valores aproximados de un parámetro de una población a partir de los datos proporcionados por una muestra.

Breve definición de las variables asociadas al cálculo del indicador (en el caso que éstas existan). Es importante especificar el nombre de la Institución o instrumento legal del cual se obtuvo la definición.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para el cálculo del indicador se toma como fuente la base de datos registrada en el formulario de consejería del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Estrategia Nacional de VIH.

Numerador: Es el número de mujeres embarazadas que se han realizado la prueba de VIH durante la gestación, el parto o puerperio. Este valor se lo obtiene de la base de datos del Concentrado mensual de Laboratorio para tamizaje de VIH y Sífilis, FORM-PNS-004-B, del Subsistema de Información de Atenciones en VIH/Sida-ITS del año 2008.

Denominador: Número estimado de mujeres embarazadas durante un año calendario mismo que se obtiene de la proyección de Población Ecuatoriana del Censo del Población del INEC.

Pruebas de Tamizaje: son conocidas también como pruebas de screening, y tienen como objetivo principal captar la mayor parte de muestras que reaccionen en el test, pero no dan un resultado definitivo. Por lo tanto, todo reporte de estas pruebas debe ser notificado en términos de reactivo o no reactivo

Finalmente, el porcentaje de tamizaje de VIH en mujeres embarazadas se obtiene del cociente entre el número de mujeres embarazadas tamizadas y el número estimado de embarazadas proyectado para ese año, este cociente se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

Una de las limitaciones técnicas de este indicador es la debilidad en el registro y reporte de este indicador, ya que la fuente es el reporte de laboratorio en donde no se identifica si el tamizaje realizado es el primero, segundo o tercero, sin embargo de acuerdo a las visitas de monitoreo coinciden en que al menos un tamizaje se hicieron las embarazadas. Otra limitación técnica es la no disponibilidad de pruebas de tamizaje de VIH en las Unidades de salud.

UNIDAD DE MEDIDA DEL INDICADOR		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Indica que por cada 100 mujeres embarazadas estimadas en un año, existieron "x" número de mujeres embarazadas que se realizaron las pruebas de VIH.
FUENTE DE DATOS		Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2006 -2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2017.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Informe Global AIDS Response Progress Reporte “Reporte de Respuesta de Progreso Global del Sida” (GARPR) del año 2009. Orientaciones Terminológicas ONUSIDA. Organización Panamericana de la Salud. Normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA e ITS. Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH Y Sífilis Congénita y de Atención Integral de Niños con VIH/Sida. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud “MAIS”
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Julio, 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio, 2016
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS MSP Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control-MSP Dirección Nacional de Estadística-MSP y Subsecretaría de Información – SENPLADES.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	5.1.1. Cobertura de papanicolaou para Detección Oportuna de Cáncer (DOC) cérvico uterino.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, para brindar exámenes de Papanicolaou a mujeres con la finalidad de detectar oportunamente un posible diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CPDOCCU^{(21-65 \text{ años})} = \frac{APPDCU^{(21-65 \text{ años})}}{PPM^{(21-65 \text{ años})}} \times K$ En donde, CPDOCCU^(21-65 años) = Cobertura de Papanicolaou para detección oportuna de Cáncer (DOC) Cervico Uterino en establecimientos del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado APPDCU^(21-65 años) = Atenciones primeras de prevención por Detección Oportuna de Cáncer Cervico Uterino a mujeres de 21 a 65 años, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado PPM^(21-65 años) = Proyección poblacional de mujeres de 21 a 65 años en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada por parte del Médico u Obstetrix por una determinada acción de salud, a los pacientes en los establecimientos de Primer Nivel de Atención. Papanicolaou: Procedimiento en el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino. Las células extraídas se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede ayudar a encontrar otras afecciones como infecciones o inflamaciones. A veces, se realiza al mismo tiempo que un examen pélvico o un examen para detectar ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). También se llama frotis de Pap y prueba de Pap Detección oportuna de Cáncer (DOC) Cervico Uterino: Es una prueba de detección que ofrece la mejor oportunidad para encontrar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz. Además, las pruebas de detección pueden en realidad prevenir la mayoría de los cánceres cervicales mediante la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino (precánceres) para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical	

Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.²

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Atenciones primeras de prevención por Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en un periodo (t) y espacio geográfico determinado.

Es el total de atenciones primeras de prevención por detección oportuna de cáncer cervico uterino realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales a mujeres de entre 21 y 65 años.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

1. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.
2. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural
3. Mujeres en con edad comprendida entre los 21 y 65 años.
4. Que en alguno de los tres procedimientos que permite registrar la herramienta, conste el **procedimiento 61= Toma citología cervico vaginal o que en alguno de los tres diagnósticos esté registrado el código CIE – 10 Z014 = Examen ginecológico general de rutina y sea primero de prevención.**

DENOMINADOR: Proyección de población mujeres entre 21 y 65 años

Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

En el caso de qué el cálculo sea mensual se debe dividir la población para 12 y así sucesivamente dependiendo del periodo en estudio.

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

2. Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral de Salud (2011).

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de mujeres entre 21 a 65 años que se han realizado exámenes de Papanicolaou dentro de los establecimientos de primer nivel de atención en salud.
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013- 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		- Guía de práctica clínica de Cáncer Cervico Uterino por oficializarse - Normas y protocolos del MSP - 2015 Copyright American Cancer Society

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio 2016
SINTAXIS	
Una vez se cuente con la base de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales, se recomienda obtener bases de acuerdo a los parámetros establecidos en cada requerimiento. /* REQUERIMIENTO: Cobertura de papanicolau para Detección Oportuna de Cáncer (DOC) cervico uterino /* SIGUIENTE FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ - SOLAMENTE MUJERES - 21 A 65 AÑOS USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 21 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 65)). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 '+ 'N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = '+ '2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 21 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 65) (FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE. /* QUE EN ALGUNAS DE LAS TRES OPCIONES EXISTA AL MENOS UN PROCEDIMIENTO 61 Ó QUE EN ALGUNO DE LOS TRES DIAGNOSTICOS ESTÉ REGISTRADO EL CÓDIGO CIE – 10 Y SEA PRIMERO DE PREVENCIÓN COMPUTE Docervico = 0. DO IF (N_ATC_BLK_D_8_PROCEDE_1 = 61 N_ATC_BLK_D_9_PROCEDE_2 = 61 N_ATC_BLK_D_10_PROCEDE_3 = 61) ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & (C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8517 C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8517 C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8517)). COMPUTE Docervico = 1. END IF. FRECUENCIAS VARIABLES= Docervico /ORDER=ANALYSIS FILTER OFF.	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer Nivel de Atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	5.1.2. Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) mamario.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, para brindar exámenes de mama a mujeres con la finalidad de detectar oportunamente un posible diagnóstico de Cáncer Mamario.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CPDOCCU^{(25-64 \text{ años})} = \frac{APPDCM^{(25-64 \text{ años})}}{PMM^{(25-64 \text{ años})}} \times K$ En donde, CPDOCCU^(25-64 años) = Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) Mamario en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención. APPDCM^(25-64 años) = Atenciones preventivas primeras por DOC Mamario a mujeres de 25 a 64 años en un periodo (t) y espacio geográfico determinado PMM^(25-64 años) = Proyección poblacional de mujeres de 25 a 64 años en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada por parte del médico u obstetrix por una determinada acción de salud, a los pacientes en los establecimientos de Primer Nivel de Atención. Detección Oportuna de Cáncer (DOC) Mamario: Es un conjunto de exámenes para detectar el cáncer de seno y encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). Estas pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma. La detección temprana significa encontrar y diagnosticar una enfermedad antes de lo que podría haber ocurrido si usted hubiese esperado a que comenzaran los síntomas. Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
NUMERADOR: Atenciones preventivas primeras por DOC Mamario a mujeres de 25 a 64 años en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. Es el total de atenciones primeras de prevención por detección oportuna de cáncer de próstata realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales a mujeres entre 25 y 64 años. Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente: 5. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales. 6. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural 7. Mujeres entre 25 y 64 años. 8. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste el código CIE-10: Z123 = Examen de pesquisa especial para tumor de la mama y que sea primero de prevención. DENOMINADOR: Proyección de mujeres entre 25 y 64 años. Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP. En el caso de qué el cálculo sea mensual se debe dividir la población para 12 y así sucesivamente dependiendo del período en estudio. Finalmente el resultado se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador expresa el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años que se han realizado exámenes de mama dentro de los establecimientos de primer nivel de atención en salud, con la finalidad de prevenir posibles diagnósticos de Cáncer Mamario.

FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimientos de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		- 2015 Copyright American Cancer Society - Guía de práctica clínica de Cáncer Mamario - Normas y protocolos del MSP
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Julio 2016
SINTAXIS		
Una vez se cuente con la base solo de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales, se recomienda obtener bases por separado de acuerdo al requerimiento. /* REQUERIMIENTO: Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) mamario /* FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ - SOLAMENTE MUJERES - 25 A 64 AÑOS USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 25 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 64)). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 '+ 'N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = '+ '2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 25 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 64) (FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE.		

/* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE POSEA EL CODIGO DE DOC MAMARIO SEGÚN RAS (Z123)

```

COMPUTE preventivas_primeras = 0.
DO IF ((C_ATC_BLQ_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLQ_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_
BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) &
(C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8582 | C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8582 | C_ATC_
BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8582)).
COMPUTE preventivas_primeras = 1.
END IF.

```

/* Atenciones primeras preventivas de DOC MAMARIO por sexo(ya que la base es provisional se debe controlar la variable sexo)

CTABLES

```

/VLABELS VARIABLES=N_ATC_BLQ_C_5_SEXO preventivas_primeras DISPLAY=LABEL
/TABLE N_ATC_BLQ_C_5_SEXO BY preventivas_primeras [COUNT F40.0]
/CATEGORIES VARIABLES=N_ATC_BLQ_C_5_SEXO [1, 2] EMPTY=EXCLUDE TOTAL=YES
POSITION=AFTER
/CATEGORIES VARIABLES=preventivas_primeras ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
TOTAL=YES
POSITION=AFTER.

```

FILTER OFF.

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	-MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer Nivel de Atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	5.1.3. Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de Próstata.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, para brindar exámenes de próstata a hombres con la finalidad de detectar oportunamente un posible diagnóstico de Cáncer.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CPDOCP^{(40 \text{ y más años})} = \frac{APPDCP^{(40 \text{ y más años})}}{PPH^{(40 \text{ y más años})}} \times K$ En donde, $CPDOCP^{(40 \text{ y más años})}$ = Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de Próstata en establecimientos del Primer Nivel de Atención, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. $APPDCP^{(40 \text{ y más años})}$ = Atenciones primeras de prevención por Detección Oportuna de Cáncer de Próstata a hombres de 40 y más años, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado $PPH^{(40 \text{ y más años})}$ = Proyección poblacional de hombres de 40 y más años, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado $K = 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada por parte del Médico por una determinada acción de salud, a los pacientes en los establecimientos de Primer Nivel de Atención. Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de Próstata: Es un conjunto de exámenes para detectar el cáncer de Próstata y encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas. Estas pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma. Las acciones de detección oportuna son una herramienta que permite incorporar al paciente al tratamiento radical a tiempo, e impide la progresión de la enfermedad Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
NUMERADOR: Atenciones preventivas primeras de DOC de Próstata en establecimientos de salud del primer nivel de atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado Es el total de atenciones primeras de prevención por detección oportuna de cáncer de próstata realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales a hombres de 40 años y más. Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente: 9. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales. 10. Tipo de formación profesional Médico y Médico Rural. 11. Hombres de 40 años y más. 12. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste el código CIE-10: Z125 = Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata y que sea primero de prevención. DENOMINADOR: Proyección de hombres de 40 años y más Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio. • No se tiene una fuente oficial que indique la edad de riesgo para cáncer de próstata.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador expresa el porcentaje de hombres de 40 años y más que se han realizado exámenes de próstata dentro de los establecimientos de primer nivel de atención en salud.
FUENTE DE DATOS	MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)

PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 - 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimientos de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Normas y protocolos de atención del MSP 2015 Copyright American Cancer Society Instructivo del correcto llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias. (RDACAA)
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Julio 2016
SINTAXIS		
Una vez se cree una base solo con establecimientos de salud del MSP y fiscomisionales: /* REQUERIMIENTO: Cobertura de consultas de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de Próstata /* FILTRO: MEDICO - SOLAMENTE HOMBRES - 40 AÑOS Y MAS USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9) & (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 1) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 40)). VARIABLE LABELS filter_\$ '((N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9) & '+ '(N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 1) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 40 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 120)) '+' '(FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE.		

/* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE POSEA EL CODIGO DE DOC DE PRÓSTATA SEGÚN RAS (Z125)

```

COMPUTE preventivas_primeras = 0.
DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_
BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) &
(C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8584 | C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8584 | C_ATC_
BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8584)).
COMPUTE preventivas_primeras = 1.
END IF.

```

/* Atenciones primeras preventivas de DOC DE PRÓSTATA por sexo (es necesario controlar la variable sexo hasta que se tenga la base validada)

CTABLES

```

/VLABELS VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO preventivas_primeras DISPLAY=LABEL
/TABLE N_ATC_BLK_C_5_SEXO BY preventivas_primeras [COUNT F40.0]
/CATEGORIES VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO [1, 2] EMPTY=EXCLUDE TOTAL=YES
POSITION=AFTER
/CATEGORIES VARIABLES=preventivas_primeras ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
TOTAL=YES
POSITION=AFTER.

```

FILTER OFF.

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer nivel de atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	5.1.4. Número de derivaciones de cánceres asociados a SS Y SR entre servicios de la red pública y red complementaria de salud.
DEFINICIÓN	Número total de derivaciones con diagnóstico de Ca asociados a la SS y SR, desde el MSP hacia la Red Pública y Complementaria de Salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
Número total de derivaciones (autorizaciones) del MSP para atención en unidades de salud de la RPIS-RPC a pacientes con diagnóstico de Ca asociados a Salud Sexual y Salud Reproductiva. Acumuladas semestralmente, con información tomada de la base de datos del Sistema RPIS-MSP.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Número de derivaciones por Ca asociados a Salud Sexual y Salud Reproductiva: Pacientes (usuarios-as) del MSP con diagnóstico de Ca que reciben atención en unidades de salud de la RPIS y RPC (compra de servicios).	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Número total de derivaciones (autorizaciones) del MSP para atención en unidades de salud de la RPIS-RPC a pacientes con diagnóstico de Ca asociados a Salud Sexual y Salud Reproductiva. Acumuladas semestralmente, con información tomada de la base de datos del Sistema RPIS-MSP. Incluye los códigos CIE-10: C50-C58, C60-C63.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	No Aplica
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Numérica
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Número total de derivaciones con diagnóstico de Ca asociados a la SS y SR desde el MSP hacia la Red Pública y Complementaria de Salud.
FUENTE DE DATOS	Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud (Sistema RPIS-MSP)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Semestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2015

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital	
	GENERAL	No Aplica	
	OTROS ÁMBITOS	No Aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No Aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		No Aplica	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No Aplica	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		No Aplica	
SINTAXIS			
No Aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.1.1. Cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar en el SNS.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, respecto a las atenciones de asesoría en planificación familiar brindadas a hombres o mujeres.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CAAPF_{(10-49 \text{ años})}^t = \frac{APPAPF_{(10-49 \text{ años})}^t}{PPM_{(10-49 \text{ años})}^t} \times K$ En donde, CAAPF_(10-49 años)^t = Cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. APPAPF_(10-49 años)^t = Atenciones primeras de prevención de asesoría en planificación familiar brindadas a usuarios en edad fértil, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado PPM_(10-49 años)^t = Proyección de población 10 a 49 años (hombre o mujer) en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Planificación familiar: “según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.”³ Asesoría en planificación familiar: Asesoría en salud sexual y reproductiva es un proceso breve, focalizado, horizontal y dirigido, que se centra en las necesidades y demandas del usuario/a en lo referido a su salud sexual y salud reproductiva. Busca resolver preguntas y duda para de esta manera, facilitar y promover la toma de decisiones informadas por parte del usuario/a respecto a su vida sexual y reproductiva. Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.	

3. MSP. Acuerdo Ministerial 2490 - Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos (2014)

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Este indicador utiliza la siguiente metodología de cálculo tanto para cobertura de hombres como de mujeres. Se recomienda hacer indicadores por separado debido a que el peso que aportan las atenciones de hombres hace que una cobertura total considerando ambos sexos, sea baja.

NUMERADOR:Atenciones primeras de prevención de asesoría en planificación familiar brindadas a usuarios en edad fértil, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado

Es el total de atenciones preventivas primeras de asesoría en planificación familiar realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales a usuarios en edad fértil.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

13. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.
14. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural
15. En el caso que el indicador que se obtenga sea para Hombres (10 a 49 años)
16. En el caso que el indicador que se obtenga sea para Mujeres (10 a 49 años)
17. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste un código CIE-10 (utilizados para el país), que sea primero de prevención y este comprendido entre los códigos:
 - Z300 = Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
 - Z3001 = Inserción Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI - Prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados
 - Z3002 = Otra Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI - Prescripción inicial de anticonceptivos orales solo progesterona
 - Z3003 = Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI - Prescripción inicial de anticonceptivos inyectables
 - Z3004 = Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI - Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivo oral de emergencia

DENOMINADOR: Proyección de población de hombres o mujeres en edad fértil

Se considerará a hombres o mujeres en edad fértil de 10 a 49 años

Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

En el caso de qué el cálculo sea mensual se debe dividir la población para 12 y así sucesivamente dependiendo del período en estudio.

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de mujeres en edad fértil que están recibiendo asesoría en planificación familiar dentro de los establecimientos de primer nivel de atención en salud.
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 - 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	MSP, Norma y protocolo de planificación familiar MSP, Manual de indicadores de planificación familiar MSP. Acuerdo Ministerial 2490 - Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio 2016
SINTAXIS	
Una vez se cuente con la base solo de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales, se recomienda obtener bases por separado de acuerdo al requerimiento.	
/* REQUERIMIENTO: Cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar	
/* MEDICO Y OBSTETRIZ - 10 A 49 AÑOS - SOLAMENTE MUJERES	
USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 2). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 2 (FILTER)'; VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE.	
/* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS - QUE EN ALGUNA DE LAS TRES OPCIONES	
/* POSEA ALGUN CODIGO PERTENECIENTE A ASESORÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSEJOS) COMPUTE preventivas_primeras = 0. DO IF ((C_ATC_BLQ_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLQ_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & (((C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 9675 & C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 9678) (C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8657)) ((C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 9675 & C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 9678) (C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8657)) ((C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 9675 & C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 9678) (C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8657)))). COMPUTE preventivas_primeras = 1. END IF.	

/* Atenciones primeras preventivas de personas que recibieron asesoría por sexo (se incluye variable sexo para comprobación pues las bases del año en curso son provisionales)

CTABLES

/VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO preventivas_primeras DISPLAY=LABEL

/TABLE N_ATC_BLK_C_5_SEXO BY preventivas_primeras [COUNT F40.0]

/CATEGORIES VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO [1, 2] EMPTY=EXCLUDE TOTAL=YES

POSITION=AFTER

/CATEGORIES VARIABLES=preventivas_primeras ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE

TOTAL=YES

POSITION=AFTER.

FILTER OFF.

/* FILTRO: MEDICO - 10 A 49- SOLAMENTE HOMBRES

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 1).

VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9) & '+

'(N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 1 (FILTER)'.

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

/* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS - QUE EN ALGUNA DE LAS TRES OPCIONES

/* POSEA ALGUN CODIGO PERTENECIENTE A ASESORÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSEJOS)

COMPUTE preventivas_primeras = 0.

DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) &

((C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 9675 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 9678) | (C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8657)) |

((C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 9675 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 9678) | (C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8657)) |

((C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 9675 & C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 9678) | (C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8657))).

COMPUTE preventivas_primeras = 1.

END IF.

/* Atenciones primeras preventivas de personas que recibieron asesoría por sexo

CTABLES

/VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO preventivas_primeras DISPLAY=LABEL

/TABLE N_ATC_BLK_C_5_SEXO BY preventivas_primeras [COUNT F40.0]

/CATEGORIES VARIABLES=N_ATC_BLK_C_5_SEXO [1, 2] EMPTY=EXCLUDE TOTAL=YES

POSITION=AFTER

/CATEGORIES VARIABLES=preventivas_primeras ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE

TOTAL=YES

POSITION=AFTER.

FILTER OFF

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	-MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer Nivel de Atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.1.2 Cobertura de consultas planificación familiar
DEFINICIÓN	Define el incremento del número de las primeras consultas de Planificación Familiar en los establecimientos de salud del primer nivel, expresada en porcentaje.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CPF = \frac{NPCPFESP NAMSP}{PMEF} \times 100$ CPF = Cobertura de Planificación Familiar NPCPFESP NAMSP = Número de Primeras Consultas de Planificación Familiar en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del MSP PMEF = Población de Mujeres en Edad Fértil	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Usuarías Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. 2. Anticoncepción(1). Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en: *Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad: estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2).	

***Métodos Artificiales:** cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación:

Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador.

3. Primeras consultas en Planificación Familiar: se considerará como primeras consultas de planificación familiar a las consultas (Ver tabla 1).

4. Mujeres en Edad Fértil: se considera como mujeres en edad fértil a las edades comprendidas entre 10 a 49 años.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide:

% el de las primeras consultas de Planificación Familiar en los establecimientos de salud del primer nivel

En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de Primeras Consultas de Planificación Familiar en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del MSP

Se considerará como primeras consultas de planificación familiar a las consultas realizadas por un profesional médico u obstetrix a las usuarias comprendidas entre 10 y 49 años, con CIE10 de Primeras Prevención, que estén en cualquier de los 3 CIE del RDACAA:

Tabla 1. Códigos CIE 10 de Planificación Familiar Primeras Prevención, a Considerarse Para el Cálculo del Indicador de Cobertura de Planificación Familiar

CIE 10	DESCRIPCION CIE10
Z3001	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos orales combinados
Z3002	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos orales solo progesterona
Z3003	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos inyectables

Z3004	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivo oral de emergencia
Z3010	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Anillo vaginal
Z3011	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Parche transdermico
Z3012	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación implante implante subdérmico
Z3013	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación DIU
Z3081	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción Recuento espermático postvasectomía Condón masculino
Z3082	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción Recuento espermático post vasectomía. Condón femenino
Z3911	Atención y examen de madre en periodo de lactancia Supervisión de la lactancia Amenorrea de la lactancia (mela)
Z300	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Z301	Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z302	Esterilización
Z308	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción
Z309	Asistencia para la anticoncepción no especificada
Z310	Tubo plastia o vaso plastia posterior a esterilización
Z316	Consejo y asesoramiento general sobre la procreación
Z318	Otra atención especificada para la procreación
Z319	Atención no especificada relacionada con la procreación

Únicamente se considerarán los CIE 10 de supervisión si estos corresponden a **primeras consultas**:

Z3041	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas Examen de rutina en el mantenimiento de anticonceptivos Repetición de la prescripción de píldoras u otras drogas anticonceptivas anticonceptivos orales combinados
Z3042	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas Examen de rutina en el mantenimiento de anticonceptivos Repetición de la prescripción de píldoras u otras drogas anticonceptivas anticonceptivos orales solo progesterona
Z3043	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas Examen de rutina en el mantenimiento de anticonceptivos Repetición de la prescripción de anticonceptivos inyectables
Z304	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

Para el cálculo del *Denominador*: se considera la suma total de mujeres en edad fértil. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		Barreras de acceso a los servicios de salud. Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de planificación familiar. No se puede contar con la información validada mensual por parte del RDACAA. Escasa infraestructura tecnológica en los establecimientos de salud lo cual dificulta un adecuado registro de la información.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje de incremento en las coberturas de las primeras consultas de Planificación Familiar.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Incremento del número de primeras consultas de Planificación Familiar en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en las establecimientos de salud de primer nivel.
FUENTE DE DATOS		NUMERADOR: Fuente de datos RDACAA. DENOMINADOR: INEC (Proyección de población de mujeres en edad fértil) Nota: Los datos reportados por el RDACAA serán entregados en calidad de provisionales en caso de que así lo sugiera la Dirección de Estadística y Análisis de la Información.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Cuatrimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		La línea base que se tomará como punto de partida es la cobertura de Planificación Familiar del 2014. Es necesario considerar que desde agosto de 2014 con la implementación al 100% del "Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490" el mismo incorporó al RDACAA el registro de entrega de MAC subsecuentes y AOE por lo que se esperaría un incremento en el indicador De cobertura de planificación familiar.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 Objetivos 3 de Desarrollo Sostenible	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. 2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007.	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Enero, 2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Septiembre, 2016	
SINTAXIS		
Este indicador depende del trabajo constante del Ministerio de Salud Pública con la implementación al 100% del “Reglamento para regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490”, en corresponsabilidad con las Direcciones Nacionales de: Primer Nivel, Promoción de la Salud, Estadística y Análisis de la Información, Calidad de los Servicios de Salud y en especial de la responsabilidad que debe tener cada profesional de la salud en territorio sobre la importancia de registrar de manera adecuada las prestaciones de planificación familiar.		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.1.3 Porcentaje de usuarias que fueron atendidas el post evento obstétrico, que recibieron asesoría en anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal “Formulario 051”.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de usuarias post evento obstétrico, que fueron asesoradas en anticoncepción y registradas en la historia clínica materna perinatal “Formulario 051”.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PUAPEORAAC = \frac{UAPEORAAC}{TUAPEO} \times 100$ PUAPEORAAC = Porcentaje de usuarias atendidas en el post evento obstétrico y que recibieron asesoría en anticoncepción. UAPEORAAC = Usuarias que fueron atendidas el post evento obstétrico (parto, cesárea y aborto), y que recibieron asesoría de anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal formulario 051. TUAPEO = Total de usuarias atendidas el post evento obstétrico (parto, cesárea, y aborto), con registro de la historia clínica perinatal formulario 051.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
5. Usuarias Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. 6. Asesoría en planificación familiar y anticoncepción Es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación de salud, implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerrequisitos: 1. El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos que debe ser respetado en cualquier situación vital, condición social, cultural, étnico, religiosa, y opción sexual y reproductiva; 2. En redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y salud y se desarrolla la no maleficencia ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta la opción de decidir de ésta, sin discriminarla por ninguna condición. El asesoramiento en planificación familiar se desarrolla de manera consecutiva e integrada en los 3 niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.	

En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as abordando de forma integral aspectos bio-psico-sociales individualizando por ende el proceso de atención, generando respuestas para reducción de riesgos y daños en salud en el marco de la toma de decisión asertiva por la usuaria/o; este proceso debe considerar la confianza, la confidencialidad, individualidad, y la libertad (1).

7. Anticoncepción

Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en:

***Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad:** estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2).

***Métodos Artificiales:** cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación:

Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador.

8. Evento Obstétrico:

Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos:

Parto.- Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados.

Cesárea.- Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.

Aborto.- Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

9. Post Evento Obstétrico

Toda acción o procedimiento que ocurra o se realice posterior a un parto, cesárea, o aborto.

10. Historia Clínica Perinatal (formulario 051)

Comprende la Historia Clínica Perinatal, los formularios complementarios y un componente informático que contiene programas para el procesamiento de la información, así como ayudas multimediales. Formulario 051.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>% de usuarias en el post evento obstétrico y que recibieron asesoría de anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal 051.</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de usuarias con parto, cesárea y aborto, que recibieron asesoría de anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal (051). Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de usuarias que egresaron después de un parto, cesárea y aborto, atendidas en el establecimiento de salud. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Mal llenado del Formulario 051 - Desconocimiento del proceso de medición
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de usuarias que fueron atendidas en post parto, cesárea, o aborto y que recibieron asesoría en métodos anticonceptivos.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de usuarias que fueron atendidas posteriores al parto, cesárea, o aborto, y que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación.
FUENTE DE DATOS		Formulario 051 – SIP- CLAP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Deberá registrarse los datos en el formulario 051 de manera completa y obligatoria. La periodicidad con la que será medida este indicador será cada cuatrimestre.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 (desde su implementación) En aquellas unidades que cuentan con SIP – CLAP los datos estarán disponibles en consolidado. Para los establecimientos que aún no cuentan con este sistema se deberá realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud donde hay atención de parto, aborto, cesárea.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, and Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008 Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. 2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007. 3. MSP, CONASA. Componente Normativo Neonatal.2008 Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. Guía de Práctica Clínica (GPC), Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, pág. 227. MSP 2013 4. Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html. Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	MARZO 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	MARZO 2016
SINTAXIS	
No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud Dirección Nacional de Hospitales Gerencia Institucional de Implementación de Disminución de la Mortalidad Materna.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.1.4. Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en planificación familiar y anticoncepción posterior al parto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (Atención Primaria).
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel (Atención Primaria), respecto a la asesoría en métodos anticonceptivos luego de un parto.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PUASMAC_t = \frac{NAPPAMAC_t}{NP_t} \times K$ En donde, PUASMAC_t = Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en métodos anticonceptivos luego de un parto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. NAPPAMAC_t = Número de atenciones primeras de prevención por asesoría en métodos anticonceptivos posterior al parto, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. NP_t = Número de partos, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada por parte del Médico u Obstetrix por una determinada acción de salud, a los pacientes en los establecimientos de Primer Nivel de Atención. En numerosos países la anticoncepción posparto no se encuentra consolidada a los servicios de planificación familiar en la prestación de servicios de salud, en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico, al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal; esto expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Asesoría en planificación familiar y anticoncepción: Es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación de salud, implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerequisites: 1. El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos que debe ser respetado en cualquier situación vital, condición social, cultural, étnico, religiosa, y opción sexual y reproductiva; 2. En redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido	

de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y salud y se desarrolla la no maleficencia ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta la opción de decidir de ésta, sin discriminarla por ninguna condición. El asesoramiento en planificación familiar se desarrolla de manera consecutiva e integrada en los 3 niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as abordando de forma integral aspectos bio-psico-sociales individualizando por ende el proceso de atención, generando respuestas para reducción de riesgos y daños en salud en el marco de la toma de decisión asertiva por la usuaria/o; este proceso debe considerar la confianza, la confidencialidad, individualidad, y la libertad (1).

Parto.- Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional

Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

La información corresponderá únicamente a los establecimientos de salud de primer nivel de atención que hayan registrado partos.

NUMERADOR: Número de atenciones primeras de prevención por asesoría en métodos anticonceptivos posterior al parto, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado.

Es el total de atenciones primeras de prevención por asesoría a métodos anticonceptivos, posterior al parto en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

18. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.

19. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural

20. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, consten los códigos CIE-10:

Z390 = Atención y examen inmediatamente después del parto y éste sea primero de prevención y una primera de prevención entre a **Z300**=Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción.

DENOMINADOR: Número de partos, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado.

Esta información es obtenida del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias "RDACAA". Seleccionando solo a mujeres y que tengan alguno de los siguientes códigos CIE -10:

O800 Parto único espontáneo presentación cefálica de vértice

O801 Parto único espontáneo presentación de nalgas o podalica

O808 Parto único espontáneo otras presentaciones

O809 Parto único espontáneo sin otra especificación

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de mujeres que se han recibido asesoría en métodos anticonceptivos luego del parto ocurrido dentro de establecimientos de salud del primer nivel de atención.
FUENTE DE DATOS		MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 - 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Manual de Estándares – Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención de planificación familiar.MSP. (2011). Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud. (2002).
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio 2016
SINTAXIS	
Una vez se cuente con la base solo de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales: /* REQUERIMIENTO: Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en métodos anticonceptivos luego de un parto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención * FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ SOLAMENTE MUJERES Y QUE EN ALGUNO DE LOS TRES DIAGNÓSTICOS TENGA UNA PREVENTIVA PRIMERA CORRESPONDIENTE ACÓDIGO Z390 DATASET COPY BASEZ390. DATASET ACTIVATE BASEZ390. FILTER OFF. USE ALL. SELECT IF ((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 2 & ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & (C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8716 C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8716 C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8716))). EXECUTE. DATASET ACTIVATE (colocar nombre de la base con la que se esté trabajando) /* LUEGO DE QUE SE HA GENERADO LA BASE ENTONCES CALCULAR AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE EN ALGUNA DE LAS TRES DIAG. POSEA ALGÚN CODIGO Z300 COMPUTE preventivas_primeras = 0. DO IF (C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & (C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 8657 C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 8657 C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8657). COMPUTE preventivas_primeras = 1. END IF. FREQUENCIES VARIABLES=preventivas_primeras /ORDER=ANALYSIS.	

FILTER OFF.

***/PARA EL DENOMINADOR SE DEBE CALCULAR DE LA BASE DE MSP Y FISCOMISIONALES EL NÚMERO DE PARTOS DIAGNOSTICO CÓDIGOS CIE 10 ENTRE O800 Y O809 SELECCIONANDO TAMBIÉN SOLO LAS ATENCIONES A MUJERES**

COMPUTE partos = 0.

DO IF (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 2 & ((C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 5838 & C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 5841) | (C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 5838 & C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 5841) | (C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 5838 & C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 5841))).

COMPUTE partos = 1.

END IF.

FREQUENCIES VARIABLES=partos

/ORDER=ANALYSIS

FILTER OFF.

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer nivel de atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.1.5. Cobertura de atenciones de asesoría en salud sexual y salud reproductiva en hombre en el SNS.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, respecto a las atenciones de asesoría en salud sexual y salud reproductiva brindada a hombres.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CAASSSRH_t = \frac{APPASSSRH_t}{PPH_t} * K$ En donde, CAASSSRH_t = Cobertura de atenciones de asesoría en salud sexual y salud reproductiva en hombres establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. APPASSSRH_t = Atenciones primeras de prevención de asesoría en salud sexual y salud reproductiva brindadas a usuarios hombres, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado PPH_t = Proyección de población de hombres (a partir de los 10 años) en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Asesoría: La asesoría en salud es un proceso que promueve la toma de decisiones informadas que un usuario/a hace frente al cuidado de su salud y bienestar. Esto se logra a través del suministro de información veraz, oportuna, científica y libre de prejuicios sobre un procedimiento o demanda de salud que se proporcione al usuario/a, además de la posibilidad de contar con un espacio propicio que le permita clarificar pensamientos, emociones y valorar los pro y contras que una determinada acción puede generar en momentos particulares de su vida.(1) Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad. (2)	

Sexualidad

La sexualidad es un aspecto central durante toda la vida del ser humano. Abarca el sexo, identidades, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad incluye varias dimensiones: erótica, reproductiva, afectiva y social, sin embargo, no todas se experimentan o expresan de manera simultánea. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, y sociales, así como factores externos del ser humano como la económica, política, cultura, ética, legal, historia y religión o espiritualidad. (3) to biological risk and genetic predisposition. It encompasses the problems of HIV and STIs/RTIs, unintended pregnancy and abortion, infertility and cancer resulting from STIs, and sexual dysfunction. Sexual health can also be influenced by mental health, acute and chronic illnesses, and violence. Addressing sexual health at the individual, family, community or health system level requires integrated interventions by trained health providers and a functioning referral system. It also requires a legal, policy and regulatory environment where the sexual rights of all people are upheld. Addressing sexual health also requires understanding and appreciation of sexuality, gender roles and power in designing and providing services. Understanding sexuality and its impact on practices, partners, reproduction and pleasure presents a number of challenges as well as opportunities for improving sexual and reproductive health care services and interventions. Validity of data collection, given researcher bias and difficulties in discussing such a private issue, also remains a problem in some settings that must be overcome if a greater understanding of sexuality in various settings is to be achieved. Sexuality research must go beyond concerns related to behaviour, numbers of partners and practices, to the underlying social, cultural and economic factors that make individuals vulnerable to risks and affect the ways in which sex is sought, desired and/or refused by women, men and young people. Investigating sexuality in this way entails going beyond reproductive health by looking at sexual health holistically and comprehensively. To do this requires adding to the knowledge base gained from the field of STI/HIV prevention and care, gender studies, and family planning, among others. Sexual health represents a new thematic area of work for the Department of Reproductive Health and Research. While sexual health has been implicitly understood to be part of the reproductive health agenda, the emergence of HIV/AIDS, of sexual and gender-based violence and of the extent of sexual dysfunction (to name just some of the developments over the past two decades) El ejercicio de una sexualidad saludable implica el derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elecciones libres y responsables. (4)

Asesoría en salud sexual y reproductiva

Es un proceso breve, focalizado y horizontal que se centra en las necesidades y demandas de las personas referidas a salud sexual y reproductiva. Ésta busca resolver preguntas y dudas con base en evidencia científica, para facilitar y promover la toma de decisiones informadas con respecto a la vida sexual y reproductiva. La asesoría en salud sexual y reproductiva pretende cambiar la noción de riesgos en sexualidad desde un enfoque integral y de derechos. Para lograrlo se vale de mensajes de promoción y prevención de la salud sin prejuicios, falsas creencias, miedos, culpas y sin imposición de visiones morales personales.

Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN), con atención primaria en salud: Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR:Atenciones primeras de prevención de asesoría en salud sexual y salud reproductiva brindadas a usuarios de sexo masculino, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

1. Las atenciones brindadas por médicos, obstetrices, psicólogos.
2. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste un código CIE-10 (utilizados para el país), que sea primero de prevención y este comprendido entre los códigos:
 - Z20. Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles
 - o Z20.5 Contacto con y exposición a hepatitis viral
 - o Z20.6 Contacto con y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
 - o Z20.8 Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles
 - o Z20.9 Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles no especificada
 - Z60 Problemas relacionados con el ambiente social
 - o Z60.0 Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales
 - o Z60.1 Situaciones atípicas de paternidad (y/o maternidad)
 - o Z60.3 Dificultades con la adaptación cultural
 - o Z60.4 Exclusión y rechazo social
 - o Z60.5 Blanco de discriminación adversa o persecución
 - Z60.8 Otros problemas relacionados con el ambiente social
 - Z71.7 Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
 - Z300 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción

DENOMINADOR: Proyección de población de hombres a partir de la edad fértil (desde los 10 años), en un periodo (t) y espacio geográfico determinado

Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Existen códigos CIE-10 en referencia a la asesoría que no se registran en el RDACCA. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud en hombres, especialmente los relacionados a SSSR. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de primeras consultas de prevención de asesoría en salud sexual y salud reproductiva brindadas a usuarios de sexo masculino
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 - 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1. Dirección General de Salud Pública. Pautas para la realización de Asesoría y Prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial y de vulnerabilidad [Internet]. Journal of Chemical Information and Modeling. Bogotá- Colombia; 2011. 1-154 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/observatorio/PAUTAS_VIH.pdf 2. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994 [cited 2016 Sep 7]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf 3. Working Definitions after WHO Technical Consultation on Sexual Health. 4. Fondo de Población de Naciones Unidas. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva [Internet]. Venezuela; 2010 [cited 2016 Sep 7]. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Educacion_SSR_Guia_Docentes.pdf
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Febrero 2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Febrero 2015
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	-MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.2.1 Porcentaje de usuarias que fueron atendidas en el post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal "Formulario 051".
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de usuarias post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y fueron registradas en la historia clínica materna perinatal "Formulario 051".
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PUAPEOAMAC = \frac{UAPEOAMAC}{TUAPEO} \times 100$ PUAPEOAMAC = Porcentaje de usuarias atendidas en el post evento obstétrico y que accedieron a un método anticonceptivo. UAPEOAMAC = Usuarias que fueron atendidas el post evento obstétrico, y que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal formulario 051. TUAPEO = Total de usuarias atendidas el post evento obstétrico, con registro de la historia clínica perinatal formulario 051.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Usuarías Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. 2. Anticoncepción(1). Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en: *Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad: estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2).	

***Métodos Artificiales:** cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación:

Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador.

3. Evento Obstétrico:

Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos:

- **Parto.-** Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados.
- **Cesárea.-** Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.
- **Aborto.-** Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

4. Post Evento Obstétrico

Toda acción o procedimiento que ocurra o se realice posterior a un parto, cesárea, o aborto.

5. Historia Clínica Perinatal (formulario 051)

Comprende la Historia Clínica Perinatal, los formularios complementarios y un componente informático que contiene programas para el procesamiento de la información, así como ayudas multimediales. Formulario 051.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide:

% de usuarias en el post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal 051

En este caso para definir el **Numerador**: Se considera la sumatoria del número de usuarias con partos, cesáreas, y abortos que recibieron anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal (051).

Para el cálculo del **Denominador**: se considera la suma total de usuarias que egresaron después de un parto o cesárea atendidas en el establecimiento de salud.

Finalmente para obtener el valor del **Porcentaje**, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

- Mal llenado del Formulario 051
- Desconocimiento del proceso de medición

UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES

Número de usuarias que fueron atendidas en post parto, cesárea, o aborto y que recibieron un método anticonceptivo.

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de usuarias que fueron atendidas posterior al parto, cesárea, y aborto, y que tuvieron acceso a un método anticonceptivo
FUENTE DE DATOS		Formulario 0051 – SIP-CLAP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Deberá registrarse los datos en el formulario 051 de manera completa y obligatoria. La periodicidad con la que será medida este indicador será cada cuatrimestre.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 (desde su implementación) En aquellas unidades que cuentan con SIP – CLAP los datos estarán disponibles en consolidado. Para los establecimientos que aún no cuentan con este sistema se deberá realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pag. 17, 18. 2010. 6. Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007. 7. MSP, CONASA. Componente Normativo Neonatal.2008 Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. Guía de Práctica Clínica (GPC), Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, MSP 2013 8. Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html. Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	MARZO 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	MARZO 2016
SINTAXIS	
No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud Dirección Nacional de Hospitales Gerencia Institucional de Implementación de Disminución de la Mortalidad Materna.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.2.2. Porcentaje de establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos Modernos.
DEFINICIÓN	Define el incremento del número de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención que cuentan con al menos 5 métodos anticonceptivos, expresada en porcentaje.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{ESPSNAC5MAC} = \frac{\text{NESPSNMC5MAC}}{\text{TESPSNA}} \times 100$ ESPSNAC5MAC = Establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos Modernos. NESPSNMC5MAC = Número de establecimientos de salud del primer y segundo nivel monitoreados que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos Modernos. TESPSNA = Total de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Usuaris Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. Anticoncepción(1). Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en: *Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad: estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2). *Métodos Artificiales: cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación: Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador. Mujeres en Edad Fértil: Se considera como mujeres en edad fértil a las edades comprendidas entre 10 a 49 años. Monitoreo in situ: Se considera como monitoreo in situ al proceso de supervisión o el control realizado a los establecimientos de salud, a nivel Zonal, distrital, y de cada establecimiento de salud.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>% Establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 métodos anticonceptivos del MSP. Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de establecimientos del primer y segundo nivel de atención del MSP Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Desabastecimiento a nivel nacional de métodos anticonceptivos. Barreras de acceso a los servicios de salud.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje de incremento del número de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención que cuentan con al menos 5 métodos anticonceptivos.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Incremento del número de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención que cuentan con al menos 5 métodos anticonceptivos.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR: Informes de monitoreo de establecimientos de salud tomados por muestreo aleatorio. DENOMINADOR: Dato tomado del número oficial de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la Dirección Nacional de Planificación del MSP.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	La línea base que se tomará como punto de partida es la reportada en los informes de gestión de las 9 Coordinaciones Zonales donde se reporta que al 2015 el 80% de establecimientos de salud contaban con al menos 5 MAC. Es necesario considerar que desde marzo de 2013 se encuentra vigente el "Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490" el mismo garantiza la entrega de métodos anticonceptivos de una manera ágil, y oportuna.

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 Objetivos 3 de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. 10. Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Septiembre, 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Septiembre, 2016
SINTAXIS		
Este indicador depende del trabajo constante del Ministerio de Salud Pública con la implementación al 100% del “Reglamento para regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490”, en corresponsabilidad con las Direcciones Nacionales de: Primer Nivel, Promoción de la Salud, Calidad de los Servicios de Salud.		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.2.3 Porcentaje de establecimientos de salud que entregan Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en cumplimiento del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 o la normativa vigente para su efecto.
DEFINICIÓN	Define el porcentaje de establecimientos de salud que entregan anticoncepción oral de emergencia de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESEAOE_t = \frac{NESEAOE_t}{TES_t} \times K$ PESEAOE_t = Porcentaje de establecimientos de salud que entregan Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en el marco del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 o la normativa vigente para su efecto, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado NESEAOE_t = Número de establecimientos de salud que entregan con AOE, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado TES_t = Total de establecimientos de salud, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
6. Establecimientos de Salud¹ Unidad Operativa. Incluye hospital móvil, Unidad móvil General, Unidad de Diagnóstico Especializado Oncológica, Unidad Móvil Quirúrgica, y Unidad Anidada. 7. Anticoncepción Oral de Emergencia AOE² Método anticonceptivo de emergencia que puede ser utilizado por las mujeres frente a relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, con el fin de prevenir un embarazo no planificado. 8. Anticoncepción Oral de Emergencia en violencia sexual³ En el tratamiento de la violencia sexual la Norma de Atención Integral a la Violencia de Género indica AOE para la prevención de embarazo 9. Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos⁴ Normativa que dispone la eliminación de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, con Acuerdo Ministerial 2490, Registro Oficial 919 de 25-mar-2013.	

10. Establecimientos de Salud¹ Unidad Operativa. Incluye hospital móvil, Unidad móvil General, Unidad de Diagnóstico Especializado Oncológica, Unidad Móvil Quirúrgica, y Unidad Anidada. 11. Anticoncepción Oral de Emergencia AOE² Método anticonceptivo de emergencia que puede ser utilizado por las mujeres frente a relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, con el fin de prevenir un embarazo no planificado. 12. Anticoncepción Oral de Emergencia en violencia sexual³ En el tratamiento de la violencia sexual la Norma de Atención Integral a la Violencia de Género indica AOE para la prevención de embarazo 13. Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos⁴ Normativa que dispone la eliminación de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, con Acuerdo Ministerial 2490, Registro Oficial 919 de 25-mar-2013. 14. Instructivo de implementación del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos⁵ Instrumento que brinda lineamientos a los profesionales de salud, para la implementación del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud.	METODOLOGÍA DE CÁLCULO
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: Porcentaje de establecimientos de salud que entregan Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en el marco del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 Numerador: Número de establecimientos de salud que entregan AOE Denominador: Total de establecimientos de salud El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Barreras de acceso a los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción, ligados a objeción de conciencia en profesionales de la salud. Abastecimiento inadecuado de AOE en establecimientos de salud del MSP y RPIS Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de normativas en torno a Planificación Familiar incluyendo el Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje de incremento del número de establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención que entregan AOE.

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Incremento del número de establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención que cuentan con AOE, en el marco del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490.
FUENTE DE DATOS		Registros administrativos de monitoreos in situ
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Constitución Política del Estado (2008) Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivos 3 Objetivo 5 Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos, Acuerdo Ministerial 2490
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		11. Instructivo para el llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA). MSP 2013 12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. 13. Norma de Atención Integral en Violencia de Género, Norma Técnica 2014. 14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos, Acuerdo Ministerial 2490, Ecuador, 2013. 15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Instructivo de implementación del Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos, Ecuador, 2015.

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Febrero, 2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Febrero, 2017
SINTAXIS	
Este indicador depende de la correcta implementación del “Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490”, en corresponsabilidad con las Direcciones Nacionales de: Primer Nivel de Atención, Hospitales, Promoción de la Salud, Calidad de los Servicios de Salud, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud - Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	6.2.4 Porcentaje de usuarios que accedieron de manera efectiva a anticoncepción definitiva quirúrgica masculina(Vasectomía)
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública, respecto al acceso de población masculina a anticoncepción definitiva quirúrgica – Vasectomía, Busca la corresponsabilidad de hombres en la planificación familiar y anticoncepción, además de la garantía del acceso efectivo a Vasectomía de aquellos usuarios del SNS que se hayan decidido por este método anticonceptivo

FÓRMULA DE CÁLCULO	
$AEAQVESH_t = \frac{NVRESAH_t}{NUMSV_t} \times K$	
En donde, AEAQVESH_t = Atención efectiva en anticoncepción definitiva quirúrgica masculina (Vasectomía) en establecimientos de salud con atención hospitalaria, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. NVRESAH_t = Número de Vasectomías realizadas, en establecimientos de salud con atención Hospitalaria, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. NUMSV_t = Número de usuarios masculinos que solicitan Vasectomía, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
15. Usuarios/os Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. 16. Anticoncepción(1). Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. a. Anticoncepción Quirúrgica: Intervención quirúrgica a través de la cual se realiza un procedimiento de esterilización mecánica que impide de manera definitiva el encuentro del óvulo y el espermatozoide. • Ligadura de Trompas, salpingoclasia, o salpingoligadura: Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica femenina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de las Trompas de Falopio. Puede realizarse postparto, trnscesárea o en el intervalo intergenésico. • Vasectomía: Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica masculina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de los conductos deferentes.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
NUMERADOR:Número de Vasectomías realizadas, en establecimientos de salud con atención Hospitalaria, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. DENOMINADOR:Número de usuarios masculinos que solicitan Vasectomía, en un periodo(t) y espacio geográfico determinado. Para efectos del cálculo del denominador se considerará los usuarios masculinos que solicitan Vasectomía tanto en establecimientos de salud con atención primaria como establecimientos de atención hospitalaria. Finalmente el resultado se multiplica por 100.	

LIMITACIONES TÉCNICAS		• En la actualidad el procedimiento para anticoncepción definitiva quirúrgica masculina se realiza únicamente en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención (Atención Hospitalaria). • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de planificación familiar y anticoncepción en hombres. • Débil monitoreo y seguimiento por parte de provisión de servicios y promoción de la salud distrital y zonal la implementación correcta del “Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos” Acuerdo Ministerial 2490 • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta en la no realización del procedimiento • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de hombres que se han tenido acceso a anticoncepción quirúrgica voluntaria en establecimientos de salud con atención hospitalaria.
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Anuario de Egresos Hospitalarios - INEC
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 - 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Febrero 2017

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Febrero 2017	
SINTAXIS		
Este indicador depende de la correcta implementación del “Reglamento para regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490”, en corresponsabilidad con las Direcciones Nacionales de: Primer Nivel, Promoción de la Salud, Estadística y Análisis de la Información, Hospitales, Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud.		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.1. Cobertura de atenciones de control preconcepcional.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, para brindar atenciones preconcepcionales a hombres o mujeres en edad fértil y que desean procrear.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CAPC_{(10-49 \text{ años})}^t = \frac{APPCCP_{(10-49 \text{ años})}^t}{PPEF_{(10-49 \text{ años})}^t} \times K$ En donde, $CAPC_{(10-49 \text{ años})}^t$ = Cobertura de Atención Preconcepcional en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado. $APPCCP_{(10-49 \text{ años})}^t$ = Atenciones primeras de prevención brindadas por consulta preconcepcional, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado $PPEF_{(10-49 \text{ años})}^t$ = Proyección de población (10 a 49 hombres o mujeres) en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada a los pacientes por parte del Médico u Obstetrix por una determinada acción de salud dentro de los establecimientos de Primer Nivel de Atención.

Consulta preconcepcional: Es una consulta en la etapa preconcepcional para lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible

Edad fértil: Se entiende por edad fértil en una mujer, al período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada (10 -49). Esta misma edad se considera para los hombres.

Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Este indicador utiliza la siguiente metodología de cálculo tanto para cobertura de hombres como de mujeres. Se recomienda hacer indicadores por separado debido a que el peso que aportan las atenciones de hombres hace que una cobertura total considerando ambos sexos, sea baja.

NUMERADOR: Atenciones primeras preventivas por consulta preconcepcional a usuarios en edad fértil en establecimientos del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado.

Es el total de atenciones preventivas primeras por consulta preconcepcional realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales a usuarios en edad fértil.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

3. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.
4. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetrix y Obstetrix Rural
5. Edad tanto para hombres y mujeres 10 a 49
6. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste un código CIE-10 primero de prevención y que este comprendido entre los códigos:
 - Z315 = Asesoramiento genético
 - Z316 = Consejo y asesoramiento general sobre la procreación
 - Z318 = Otra atención especificada para la procreación
 - Z319 = Atención no especificada relacionada con la procreación

DENOMINADOR: Proyección de población de hombres o mujeres en edad fértil

1. En el caso que el indicador que se obtenga sea para hombres considerar la proyección de población de las edades comprendidas entre 10 y 49 años.
2. En el caso que el indicador que se obtenga sea para mujeres considerar la proyección de población de las edades comprendidas entre 10 y 49 años.

Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos la cual es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

En el caso de qué el cálculo sea mensual se debe dividir la población para 12 y así sucesivamente dependiendo del período en estudio.

Finalmente el resultado se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El aplicativo RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP y fiscomisionales. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del “Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)” vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio. • No se dispone de fuente bibliográfica oficial sobre la edad fértil en hombres.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de hombres o mujeres que asistieron a una consulta preconcepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 -2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	Sexo
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal Edición 2013 Ministerio de Salud de Argentina.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	MSP, Norma y protocolo de planificación familiar MSP, Manual de indicadores de planificación familiar MSP, Acuerdo Ministerial 2490 - Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE Edad y Fertilidad, Guía para pacientes 2013
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio 2016
SINTAXIS	
Una vez se cuente con la base de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales se recomienda obtener bases para cada requerimiento de acuerdo a las características descritas.	
/* REQUERIMIENTO: Cobertura de atención preconcepcional	
* FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ - 10 A 49 AÑOS - SOLAMENTE MUJERES	
USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 2) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49)). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 '+' 'N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = '+' '2) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49) (FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE. * AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE EN ALGUNA DE LAS TRES DIAG. POSEA ALGÚN CODIGO Z315-Z316-Z318-Z319 COMPUTE preventivas_primeras = 0.	

```
/DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_
BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) &
((C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 8673) |
(C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 8673) |
(C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 8673))).
COMPUTE preventivas_primeras = 1.
END IF.
EXECUTE.
```

```
FRECUENCIAS VARIABLES=preventivas_primeras
/ORDER=ANALYSIS.
FILTER OFF
```

*** REQUERIMIENTO: Cobertura de atención preconcepcional**

/* FILTRO: MEDICO-MEDICO RURAL - 10-49 AÑOS - SOLAMENTE HOMBRES

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 |
N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_
BLQ_C_6_1_ANIO >= 10&
N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 1).
VARIABLE LABELS filter_$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA =
4 |
'+
' N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 | N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_
BLQ_C_6_1_ANIO >= '+
'10& N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49) & N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
```

/* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE EN ALGUNA DE LAS
TRES DIAG. POSEA ALGÚN CODIGO Z315-Z316-Z318-Z319

```
COMPUTE preventivas_primeras = 0.
```

```
DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 | N_ATC_
BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) &
((C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 8673) |
(C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 8673) |
(C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 8670 & C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 8673))).
COMPUTE preventivas_primeras = 1.
END IF.
EXECUTE.
```

```
FRECUENCIAS VARIABLES=preventivas_primeras
/ORDER=ANALYSIS.
```

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer nivel de atención en Salud - - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.2. Cobertura de atención control prenatal.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de salud de Primer Nivel, para brindar atención de control prenatal por primera vez a mujeres en estado de gestación.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CACP_{(10-49 \text{ años})}^t = \frac{TPCCP_{(10-49 \text{ años})}^t}{EME_t} \times K$ Donde: CACP^t_(10-49 años) = Cobertura de Atención de Control Prenatal en un período (t) y área determinada. TPCCP^t_(10-49 años) = Total de atenciones primeras de prevención por control prenatal en mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas, en un período (t) y área determinada. EME_t = Número estimado de mujeres embarazadas para un período (t) y área determinada/12. K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Control Prenatal: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.⁴ Primera consulta de control prenatal: Es la consulta médica u obstétrica realizada a una mujer embarazada por primera vez en su periodo de gestación como parte de su control prenatal (independientemente de la semana de gestación en la que se encuentre). Se excluye a la atención odontológica debido a que es una atención de referencia complementaria al control prenatal.	

4. Componente Normativo Materno, Agosto del 2008, Pág. 26

Estimación población de mujeres embarazadas:

Es el número estimado de mujeres embarazadas en el periodo (t)

En el denominador (**EME**) el indicador debe dividirse para 12 meses, considerando que en GPR el reporte se realiza de forma mensual.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Numerador: Total de atenciones primeras de prevención por control prenatal en mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas en un período (t) y área determinada.

Es el total de mujeres embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal en establecimientos de salud del MSP o fiscomisional.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

1. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales
2. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural
3. Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)
4. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste uno de los códigos CIE – 10 primero de prevención y que este comprendido entre los códigos:

- Z340 Supervisión de primer embarazo normal
- Z348 Supervisión de otros embarazos normales
- Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado
- Z350 Supervisión de embarazo con historia de esterilidad
- Z351 Supervisión de embarazo con historia de aborto
- Z352 Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva
- Z353 Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal
- Z354 Supervisión de embarazo con gran multiparidad
- Z355 Supervisión de primigesta añosa
- Z356 Supervisión de primigesta muy joven
- Z357 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales
- Z358 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
- Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación"

5. Se debe agregar a los códigos anteriores también el código **Z321= Embarazo confirmado** solamente en el caso de que sea el único diagnóstico que consta en el registro.

Denominador: (Proyección de población de mujeres embarazadas para un período (t) y área determinada)/12

Es la proyección o número estimado de embarazadas para un periodo y área determinada.

Esta información es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El sistema RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del “Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)” vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Es el número de mujeres en estado de gestación atendidas en su control prenatal por primera vez, en relación a la proyección de embarazadas, a fin de garantizar la atención con calidad y oportuna incluyendo la adopción de estrategias preventivas, aplicación de normas y protocolos de atención en la prestación del servicio.
FUENTE DE DATOS		Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual, Trimestral, Semestral, Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013– 2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de Salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	• Modelo de Atención Integral en Salud. • Componente Normativo Materno. • MAIS Modelo de Atención Integral en Salud • Manual de Organización de los Departamentos de Estadística de: Hospitales, Jefaturas y Nivel Central, Quito, Junio 2002, Pág. 119 n • Estadísticas del (RDACAA) • Instructivo para el llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA)
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Febrero 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Junio 2016
SINTAXIS	
/* REQUERIMIENTO: Cobertura de atención de controles prenatales * FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ - SOLAMENTE MUJERES - 10 A 49 AÑOS USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49)). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 '+ 'N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = '+ '2) & (N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLK_C_6_1_ANIO <= 49) (FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE. /* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS - Y QUE POSEA ALGUN CODIGO PERTENECIENTE A EMBARAZADAS (Z34-Z35) COMPUTE preventivas_primeras = 0. DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & ((C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 8677 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 8689) (C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 8677 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 8689) (C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 8677 & C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 8689))). COMPUTE preventivas_primeras = 1. END IF. EXECUTE.	

DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8675 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 0 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 0) & (C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1)). COMPUTE preventivas_primeras = 1. END IF. EXECUTE. * FREQUENCIES VARIABLES=preventivas_primeras /ORDER=ANALYSIS. * FILTER OFF.		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- Dirección Nacional de Atención de Primer Nivel de Atención en Salud. - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.3. Concentración de atención control prenatal.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel, para brindar atenciones de control prenatal (primeras y subsecuentes) a mujeres embarazadas durante todo su periodo de gestación.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CCP^{t}_{(10-49 \text{ años})} = \frac{TCP^{t}_{(10-49 \text{ años})}}{TPCCP^{t}_{(10-49 \text{ años})}} \times K$ Donde: $CCP^{t}_{(10-49 \text{ años})}$ = Cobertura de Atención de Control Prenatal en un período (t) y área determinada. $TCP^{t}_{(10-49 \text{ años})}$ = Total de controles prenatales (primeros + subsecuentes) realizados en los establecimientos de Primer Nivel de Atención a mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas en un período (t) y área determinada. $TPCCP^{t}_{(10-49 \text{ años})}$ = Total de mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas en la consulta de control prenatal por primera vez en los establecimientos de Primer Nivel de Atención, en un período (t) y área determinada. $K = 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Control Prenatal: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.1 Según el “Componente Normativo Materno”, toda mujer embarazada de bajo riesgo debe completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento). Nivel mínimo eficiente: 5 controles2: Uno en las primeras 12 semanas. Uno entre las 22 y 27 semanas. Uno entre las 28 y 33 semanas. Uno entre las 34 y 37 semanas. Uno entre las 38 y 40 semanas.	

Primera consulta de control prenatal:

Es la consulta médica u obstétrica realizada a una mujer embarazada por primera vez en su periodo de gestación como parte de su control prenatal en las unidades de primer nivel. (Independientemente de la semana de gestación en la que se encuentre). Se excluye a la atención odontológica debido a que es una atención de referencia complementaria al control prenatal.

Consulta Subsecuente:

Comprende los controles posteriores a la primera vez, brindados por el médico u obstetra hasta que concluya el embarazo.

Concentración de Consulta

Mide el promedio de consultas por cada consulta de primera vez. El cálculo se obtienen dividiendo el total de consultas (primeras más subsecuentes) para el número de consultas de primera vez.

Estimación población de mujeres embarazadas:

Es el número estimado de mujeres embarazadas en el periodo (t)

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Numerador: Total de controles prenatales (primeros + subsecuentes) realizados en los establecimientos de Primer Nivel de Atención a mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas, en un período (t) y área determinada.

Es el total de mujeres embarazadas de 10 a 49 años que recibieron atenciones de consultas de control prenatal (**primeras + subsecuentes**) en los establecimientos de salud del MSP, en un período (t) y área determinada.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

1. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.
2. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetrix y Obstetrix Rural
3. Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)
4. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste uno de los código CIE-10 **primero de prevención** y que este comprendido entre los códigos:

- Z340 Supervisión de primer embarazo normal
- Z348 Supervisión de otros embarazos normales
- Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado
- Z350 Supervisión de embarazo con historia de esterilidad
- Z351 Supervisión de embarazo con historia de aborto
- Z352 Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva
- Z353 Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal
- Z354 Supervisión de embarazo con gran multiparidad
- Z355 Supervisión de primigesta añosa
- Z356 Supervisión de primigesta muy joven
- Z357 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales
- Z358 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
- Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación

5. Se debe agregar a los códigos anteriores también el código Z321= Embarazo confirmado solamente en el caso de que sea el único diagnóstico que consta en el registro y sea primero de prevención. 6. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste uno de los código CIE-10 subsecuente de prevención y que este comprendido entre los códigos: Z340 Supervisión de primer embarazo normal Z348 Supervisión de otros embarazos normales Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado Z350 Supervisión de embarazo con historia de esterilidad Z351 Supervisión de embarazo con historia de aborto Z352 Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva Z353 Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal Z354 Supervisión de embarazo con gran multiparidad Z355 Supervisión de primigesta añosa Z356 Supervisión de primigesta muy joven Z357 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales Z358 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación 7. Se debe agregar a los códigos anteriores también el código Z321= Embarazo confirmado solamente en el caso de que sea el único diagnóstico que consta en el registro y sea subsecuente de prevención. Denominador: Total de mujeres embarazadas de 10 a 49 años atendidas en la consulta de control prenatal por primera vez en los establecimientos de Primer Nivel de Atención Es el número estimado de mujeres embarazadas de 10 a 49 años que recibieron atenciones primeras de prevención por control prenatal, en un periodo (t) y área determinada.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	• El sistema RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del "Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)" vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Es el número promedio de consultas de atenciones de control prenatal que recibe una embarazada durante su período de gestión, para garantizar el normal desarrollo del mismo y evitar complicaciones maternas neonatales.
FUENTE DE DATOS		Control Prenatal – Guía de Práctica Clínica (CGP) 2015. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual, Trimestral, Semestral, Anual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013– 2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		• Modelo de Atención Integral en Salud. • Componente Normativo Materno. • MAIS Modelo de Atención Integral en Salud • Manual de Organización de los Departamentos de Estadística de: Hospitales, Jefaturas y Nivel Central, Quito, Junio 2002, Pág. 119 n • Estadísticas del (RDACAA) • Instructivo para el llenado del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA)
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Febrero 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Agosto2016

SINTAXIS

/* REQUERIMIENTO: Cobertura de atención de controles prenatales

*** FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ - SOLAMENTE MUJERES - 10 A 49 AÑOS**

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 | N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 | N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = 2) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49)).

VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 1 | N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 4 | '+ N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 9 | N_ATC_BLQ_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLQ_C_5_SEXO = '+ 2) & (N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO >= 10 & N_ATC_BLQ_C_6_1_ANIO <= 49) (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

/* AL MENOS UNA PREVENTIVA SUBSECUENTE EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS - Y QUE POSEA ALGUN CODIGO PERTENECIENTE A EMBARAZADAS (Z34-Z35)

COMPUTE preventivas_subsecuentes = 0.

DO IF ((C_ATC_BLQ_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 2 | N_ATC_BLQ_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 2 | N_ATC_BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 2) & ((C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 8677 & C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 8689) | (C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 8677 & C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 8689) | (C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 8677 & C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 8689))).

COMPUTE preventivas_subsecuentes = 1.

END IF.

EXECUTE.

DO IF ((C_ATC_BLQ_D_1_DIAGN_CIE10_1 = 8675 & C_ATC_BLQ_D_2_DIAGN_CIE10_2 = 0 & C_ATC_BLQ_D_3_DIAGN_CIE10_3 = 0) & (C_ATC_BLQ_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 2 | N_ATC_BLQ_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 2 | N_ATC_BLQ_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 2)).

COMPUTE preventivas_subsecuentes = 1.

END IF.

EXECUTE.

*** FRECUENCIAS VARIABLES=preventivas_subsecuentes**

/ORDER=ANALYSIS.

/* Frecuencias de preventivas primeras

FRECUENCIAS VARIABLES=preventivas_primeras preventivas_subsecuentes

/ORDER=ANALYSIS.

FILTER OFF.

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- Dirección Nacional de Atención de Primer Nivel de Atención en Salud. - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.4. Porcentaje de partos asistidos por profesional.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida/resultado y mide el porcentaje de partos atendidos con asistencia profesional(médico/a u obstetrix/obstetra).
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\frac{\text{Nº de partos atendidos por profesional(médico/a u obstetrix/obstetra)}}{\text{Total de partos atendidos}} \times 100$ Meta: 100% Mensual	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Partos atendidos por personal profesional: Partos atendidos por Médico / a u obstetrix /Obstetra.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Numerador: Nº de partos atendidos por profesional médico/a u obstetrix / obstetra). Denominador: Total de partos atendidos. El resultado de esta división se debe multiplicar por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	- Desconocimiento de las Normas. - Desconocimiento del proceso de medición. - Desconocimiento o dificultad para manejar instrumentos de recolección.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetrix).

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir la calidad de la atención en relación a la determinante “capacidad técnica del prestador” a través del porcentaje de partos atendidos por personal profesional (médico/ u obstetriz/obstetra).
FUENTE DE DATOS		HC. Formulario 05. Registro de egresos hospitalarios. Libro de partos. Estadísticas hospitalarias Anuario de estadísticas vitales
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Año 2014
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional Provincial Unidades Operativas
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008)
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		FEBRERO -2014
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		MARZO -2016
SINTAXIS		

CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.5 Porcentaje de establecimientos de salud que brindan atención del parto humanizado con pertinencia intercultural
DEFINICIÓN	Define el número de establecimientos de salud que brindan atención del parto con pertinencia intercultural humanizado.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\frac{\text{NEPH}}{\text{TEPH}} \times K$ En donde: NEPH = Número de establecimientos de salud que brindan atención del parto humanizado con pertinencia intercultural TEPH = Total de establecimientos de salud que brindan atención del parto.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Establecimientos de salud del MSP que atienden el parto normal: Son las unidades de primer y segundo nivel con tipología C1, C2 y Hospitales Básicos. Salas de parto interculturales: son las salas de parto que cuentan con equipamiento y ambientación adecuada para permitir dar a luz en diferentes posiciones del parto mediante insumos específicos como pelota de dilatación, taburete de parto (silla holandesa), tela para suspender del techo, barras de sujeción para parto vertical. Cuenta con dispensador de agua fría y caliente, bolsas de agua caliente, cobijas, e idealmente con paredes pintadas con colores cálidos, iluminación cálida y sistema de climatización automatizada, con el fin de ofrecer una ambientación íntima que favorezca el proceso hormonal y fisiológico del parto.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
El numerador corresponde al número de establecimientos de salud que brindan atención del parto con pertinencia intercultural humanizado. El denominador corresponde al total de establecimientos de salud que brindan atención del parto. El registro se realiza en una matriz elaborada por la Dirección Nacional de Salud Intercultural alimentada con los reportes desde las Coordinaciones Zonales.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- El incumplimiento de reportes desde las Coordinaciones Zonales.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Permite visualizar y analizar el porcentaje de establecimientos de salud que brindan atención del parto con pertinencia intercultural humanizado. Permite identificar el acceso a una atención humanizada en contraste con la adecuación de las salas de parto y UTPRS.
FUENTE DE DATOS		Matriz DNSI
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		DNSI
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		Matriz geo referenciada de los establecimientos, realizada por la Dirección Nacional de Salud Intercultural.
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	• Organización Mundial de la Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, “Cuidados en el parto normal: una guía práctica”, Ginebra 1996. • Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural, “Guía de Especificaciones Técnicas para UTPRS Interculturales”, Ecuador 2014. • Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural, “Guía para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”, Ecuador 2008.	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	04/012/2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Salud Intercultural	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.6 Porcentaje de cesáreas por partos atendidos
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de las Estrategias desarrolladas por la Autoridad Sanitaria, a través de los establecimientos de salud. Esto con el fin de ofrecer servicios de salud efectivos que apliquen normativas en la atención del parto, controlando además el empleo indiscriminado de métodos quirúrgicos en la asistencia del mismo.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PORCENTAJE DE CESAREAS POR PARTOS ATENDIDOS} = \frac{\text{Número de partos por Cesáreas atendidas en los establecimientos del MSP}}{\text{Total de Partos atendidos en los establecimientos de salud del MSP}} \times 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
PARTOS TOTALES: Corresponde a la sumatoria de todos los partos atendidos en el MSP, lo que incluye partos vaginales o por cesárea, inmaduros, pre término, a término, pos termino, etc., desde las 22 semanas de gestación. PARTO VAGINAL o NORMAL: Conjunto de actividades que dan como resultado el nacimiento de un producto a través del canal vaginal. PARTO DISTOCICO: Dificultad para la progresión del parto vaginal o normal. PARTO INMADURO: Nacimiento de un producto de 22 a 27 semanas cumplidas de gestación. PARTO PRETERMINO: Nacimiento de un producto de 28 a 36 semanas cumplidas de gestación PARTO A TERMINO: Nacimiento de un producto de 37 a 41 semanas cumplidas de gestación PARTO POSTERMINO: Nacimiento de un producto de 42 semanas cumplidas de gestación. PARTO POR CESAREA: Extracción del producto y sus anexos a través de incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero, cuando el parto normal plantea riesgos para la madre o el producto. CESAREAS TOTALES: Corresponde a la sumatoria de todos los partos atendidos en el MSP por cesárea.	

CESAREA ELECTIVA: Es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de Parto, cuando la indicación quirúrgica lo indica. Un control prenatal eficiente permite clasificar al embarazo de riesgo y determinar la posibilidad de culminación del mismo por cesárea.

CESAREA DE EMERGENCIA: Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto.

CESAREA ITERATIVA: Es aquel procedimiento quirúrgico que se practica en mujeres con antecedentes de dos o más cesáreas.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
(Número de partos por Cesárea atendidas / Total de partos atendidos) x 100		
LIMITACIONES TÉCNICAS	No aplica	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Expresa qué parte del total de partos ocurridos fueron por cesárea. No existe exactamente una cifra estándar de referencia de cesáreas para el Ecuador, La OMS estima que la tasa óptima de cesárea debería situarse en alrededor de 15%. El aumento de las cesáreas observado en la Región en los últimos años a niveles más altos que la tasa óptima ha intensificado el riesgo de morbilidad materna y perinatal.	
FUENTE DE DATOS	SISTEMA COMUN DE INFORMACION / DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICA Y ANALISIS DE INFORMACIÓN DE SALUD.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Mensual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2011,2012,2013	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	Antonio M. Quispe, "Cesáreas en 7 hospitales públicos de Lima: Análisis de Tendencia en el Periodo 2001-2008", Rev. Perú Med. Exp Salud Pública 2010. - Cabré Rodríguez. "Porcentaje de Cesáreas. Evolución. Causas. Analisis 17 años". Pro. Obstet Ginecol 2002. - World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985. - Xing Lin Feng, "Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008", Bull World Health Organ 2012. - Componente Normativo Materno, Ministerio de Salud Pública 2008. - OMS-OPS. Plan de acción para acelerar la reducción de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave, 2011.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Septiembre 2014
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Septiembre 2014
SINTAXIS	
CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Salud Intercultural

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.7. Cobertura de atención control posparto.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de Salud de Primer Nivel, respecto a control pos parto.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CEPP_t = \frac{APPEPP_t}{EME_t} \times K$ En donde, CEPP_t = Cobertura de atención por control posparto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en un periodo (t) y espacio geográfico determinado APPEPP_t = Atenciones Preventivas Primeras de posparto en un periodo (t) y espacio Geográfico determinado. EME_t = Número estimado de mujeres embarazadas, en un periodo (t) y espacio geográfico determinado K = 100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Definiciones: En numerosos países la anticoncepción posparto no se encuentra consolidada a los servicios de planificación familiar en la prestación de servicios de salud, en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico, al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal; esto expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Atención preventiva primera: Es la atención preventiva primera brindada por parte del Médico u Obstetrix por una determinada acción de salud, a los pacientes en los establecimientos de Primer Nivel de Atención. En numerosos países la anticoncepción posparto no se encuentra consolidada a los servicios de planificación familiar en la prestación de servicios de salud, en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico, al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal; esto expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo.	

Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención en Salud (ESPN): Es el nivel de atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve aproximadamente el 85% de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al SNS. Garantiza la referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

Control pos parto:

Es el conjunto de prestaciones realizadas según normas, en cada puerperio entre los 3 y 42 días posteriores al parto.

Posparto: El posparto es el período de empieza después del parto y se termina cuando aparece de nuevo menstruación. Este período necesita un seguimiento particular porque pueden aparecer numerosos problemas de tipo físico, psicológico u hormonal: la relación madre-hijo que se construye, el útero que recupera su tamaño original, las hormonas normales del ciclo que se secretan de nuevo.

Estimación población de mujeres embarazadas:

Es el número estimado de mujeres embarazadas en el período (t)

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Atenciones Preventivas Primeras de posparto en un período (t) y espacio geográfico Determinado.

Es el total de atenciones preventivas primeras por control pos parto, realizadas en los establecimientos del Primer Nivel de Atención del MSP y Fiscomisionales.

Para efectos de cálculo utilizando la base de datos RDACAA, se debe seleccionar lo siguiente:

1. Solo los establecimientos de salud MSP y Fiscomisionales.
2. Tipo de formación profesional Médico, Médico Rural, Obstetriz y Obstetriz Rural
3. Que en alguno de los tres diagnósticos que permite registrar la herramienta, conste uno de los código CIE-10 primero de prevención y que este comprendido entre los códigos:

Z390 = Atención y examen inmediatamente después del parto

Z391 = Atención y examen de madre en periodo de lactancia

Z392 = Seguimiento posparto de rutina

DENOMINADOR: Estimación de mujeres embarazadas en un período y área determinada

Esta información es obtenida de la proyección poblacional oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el cálculo de la estimación es remitida anualmente por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP.

Para el caso de que el cálculo se mensual se debe dividir la población para 12, y así dependiendo del período que se quiera estudiar.

Finalmente el resultado se multiplica por 100

LIMITACIONES TÉCNICAS		• El sistema RDACAA sólo considera información de atenciones no personas y que hayan recibido la prestación de salud en establecimientos del MSP. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Débil monitoreo y seguimiento por parte del área estadística distrital y zonal en el llenado del “Registro Diario de Atenciones y Consultas Ambulatorias (RDACCA)” vigente a la fecha. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Resultados sujetos a variación hasta publicación oficial en el año siguiente al de estudio.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador expresa el porcentaje de mujeres que se han recibido un control pos parto en el primer nivel de atención.
FUENTE DE DATOS		MSP-Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, semestral, trimestral, mensual
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013 -2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, zonal, distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivo de Desarrollo Sostenible

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	- Manual de Estándares – Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención de planificación familiar.MSP. (2011). - Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud. (2002). - Normas y protocolos del MSP. - Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto 2002 México- Chapultepec
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Mayo 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Julio 2016
SINTAXIS	
Una vez se cuente con la base solo de establecimientos de salud del MSP y Fiscomisionales, se recomienda obtener bases por separado de acuerdo al requerimiento. /* REQUERIMIENTO: Cobertura pos parto * FILTRO: MEDICO Y OBSTETRIZ SOLAMENTE MUJERES USE ALL. COMPUTE filter_\$=((N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = 2)). VARIABLE LABELS filter_\$ '(N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 1 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 4 '+ 'N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 9 N_ATC_BLK_B_5_PROF_FORMA = 11) & (N_ATC_BLK_C_5_SEXO = '+ '2) (FILTER)'. VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'. FORMATS filter_\$ (f1.0). FILTER BY filter_\$. EXECUTE. /* AL MENOS UNA PREVENTIVA PRIMERA EN LOS TRES DIAGNÓSTICOS Y QUE EN ALGUNA DE LAS TRES DIAG. POSEA ALGÚN CODIGO Z390-Z391-Z392 COMPUTE preventivas_primeras = 0. DO IF ((C_ATC_BLK_D_1_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_2_1_TIP_ATC_PRE = 1 N_ATC_BLK_D_3_1_TIP_ATC_PRE = 1) & ((C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 >= 8716 & C_ATC_BLK_D_3_DIAGN_CIE10_3 <= 8718) (C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 >= 8716 & C_ATC_BLK_D_2_DIAGN_CIE10_2 <= 8718) (C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 >= 8716 & C_ATC_BLK_D_1_DIAGN_CIE10_1 <= 8718))). COMPUTE preventivas_primeras = 1. END IF.	

FRECUENCIAS VARIABLES=preventivas_primeras /ORDER=ANALYSIS.	
FILTER OFF.	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	- MSP. Dirección Nacional de Atención de Primer nivel de atención en Salud - MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.8 Porcentaje de establecimientos de salud con atención materna y neonatal, que aplican estándares e indicadores y gestionan la calidad de la atención.
DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de unidades materno neonatales que aplican un proceso de gestión la calidad de atención compuesto por subprocesos de medición de indicadores, análisis de resultados, e implementación de planes de acción de mejoramiento continuo con la finalidad de elevar progresivamente la calidad de la atención materna y neonatal
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESAMNAEYGCA = \frac{\text{ESAMNAEYGCA}}{\text{ESAMNMSP}} \times 100$ Total de historias clínicas de control prenatal (en cualquier semana de gestación) Donde: PESAMNAEYGCA = Porcentaje de Establecimientos de Salud con atención materna y neonatal, que aplican estándares e indicadores y gestionan la calidad de la atención. ESAMNAEYGCA = # de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal que aplican estándares e indicadores y gestionan la calidad de la atención. ESAMNMSP = # Total de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública. Metas 2016: Marzo: 25 %; Junio: 50%; Septiembre: 75% Diciembre: 90%	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Establecimientos de salud con atención Materno Neonatal: Establecimientos de salud que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas y en período de puerperio así como a niños y niñas menores de 28 días. Lo cual implica que dispongan en su cartera de servicios los siguientes: Control prenatal, Asistencia del parto y del puerperio, atención inmediata del recién nacido, control del infante menor de 28 días, atención inicial y/o completa de la complicación obstétrica y neonatal.

Tiene que tomarse en cuenta que las unidades materno neonatales son aquellas que se encuentran prestando atención de parto y atención neonatal, es decir con cartera de servicios materno neonatal, no debe tomarse en cuenta las unidades que esporádicamente atiendan partos en expulsivo.

Gestión de la calidad de la atención materna y neonatal: Para efectos del presente indicador y ámbito de intervención, se entiende como el conjunto de actividades implementadas de manera coordinada que responden a una planificación con objetivos y metas concretas, estrategias y lineamientos para aplicarse adecuadamente distribuidas en el tiempo y susceptibles de ser monitoreadas evaluadas (medidas) y modificadas a través de planes de acción de mejoramiento continuo con la finalidad de elevar el nivel de la calidad de la atención.

Gestión de la calidad: Planificar acciones, Ejecutarlas, controlar sus efectos y Actuar en consecuencia. *Walter Shewart.*

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para definir el **Numerador**, se considera la sumatoria del número # de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal que aplican estándares e indicadores y gestionan la calidad de la atención, según la nueva organización territorial de las Coordinaciones Zonales y que mensualmente reportan al nivel correspondiente, en formatos establecidos y socializados.

Para contabilizar el establecimiento de salud en el numerador de este indicador, se considerará:

- a) La medición de indicadores del "Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal" versión 2008, mensualmente y,
- b) Cada trimestre (Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre), el reporte debidamente documentado de la implementación de procesos de gestión con planes de acción de mejoramiento continuo.

Para calcular el **Denominador**, se considera la suma total de establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública, conforme al listado elaborado, entregado por cada zona y homologado con la lista emitida por direcciones nacionales de Hospitales y de Primer Nivel.

Finalmente para obtener el valor del **Porcentaje**, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		Los responsables de Mejoramiento Continuo de los establecimientos y de las Zonas rotan constantemente; y las matrices de Estándares e Indicadores las envían con datos no depurados y con atraso en el envío a la Dirección Nacional de Calidad de los servicios.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador nos permitirá medir el nivel de la gestión de la calidad de la atención materna y neonatal (medición de indicadores e implementación de acciones de mejoramiento continuo) en los establecimientos de salud del MSP cuya cartera de servicios incluye atención materna y neonatal.
FUENTE DE DATOS		Numerador: Matriz de Monitoreo de la Calidad Consolidado Distrital, Zonal y Nacional Denominador: Matriz de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Hospitales y planificación territorial del MSP.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Año 2014-2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional Zonal Distrital Establecimiento de Salud
	GENERAL	
	OTROS ÁMBITOS	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		n/a

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	• Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 • Constitución Política del Estado (2008) • Modelo de atención integral en Salud (MAIS-FCI). • Plan Nacional de Reducción Acelerada de mortalidad materna y neonatal (2008). • Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de atención materna-neonatal (2008).	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	• Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo materno. Quito: MSP; 2008.	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	OCTUBRE -2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	DICIEMBRE - 2015	
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.9 Cobertura de atenciones efectivas con calidad a las complicaciones derivadas del aborto, en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocer el alcance de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud Pública para garantizar atención integral en los establecimientos de salud hospitalaria del SNS, a las complicaciones derivadas del aborto; en cumplimiento a la normativa vigente (Guía de Práctica Clínica –GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente; GPC de Atención del Aborto Terapéutico, u otras); con el objetivo de evitar la mortalidad materna. Es un indicador compuesto que adicionalmente busca medir las dimensiones de la calidad en la atención de las pacientes con complicaciones derivadas del aborto, entre ellas específicamente la: Accesibilidad, Eficiencia y capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía con que se brinda el servicio.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CACDACNVDH^{t}_{(10-49 \text{ años})} = \frac{NACDA^{t}_{(10-49 \text{ años})}}{TMCDA_t} \times K$ Donde: $CACDACNVDH^{t}_{(10-49 \text{ años})}$ = Cobertura de atenciones efectivas con calidad a las complicaciones derivadas del aborto en mujeres en edad fértil en cumplimiento a la normativa vigente en el marco de los derechos humanos, en un período (t) y área determinada. $NACDA^{t}_{(10-49 \text{ años})}$ = Número de atenciones con calidad a las complicaciones derivadas del aborto en mujeres en edad fértil (10 a 49 años), registradas en el formulario perinatal 051, en un período (t) y área determinada. $TMCDA_t$ = Total de mujeres en edad fértil con complicaciones derivadas del aborto que acudieron a establecimientos de salud hospitalaria, registradas en el servicio de emergencia, en un período (t) y área determinada. $K = 100$	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Aborto:

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. ^{5 6}

Aborto inseguro:

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. ⁷

Complicaciones derivadas del aborto:

Se considera dentro las complicaciones derivadas del aborto, a los eventos clasificados en los códigos CIE-10 como complicaciones de abortos espontáneos, abortos médicos, otros abortos, abortos no especificados y otros intentos fallidos de aborto y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (O00-O08).

Calidad de atención en salud ⁸

El producto resultado de la atención en salud no está en un objeto sino intrínsecamente unido a las personas que reciben la atención, por tanto, estas personas junto al personal de salud deben tener una participación muy activa durante el proceso de atención y también en la solución de los problemas de salud, lo que en ética se conoce como autonomía e integridad.

En el caso de los servicios de atención en salud; los responsables, profesionales, trabajadores como proveedores, tienen la obligación de mantener una vigilancia de los incumplimientos de normas y estar muy atentos a los resultados, los cuales en su mayoría ponen en peligro la salud integral de las personas.

Las dimensiones de la calidad son: accesibilidad (geográfica, económica, organizacional, lingüística, física), aceptación social, relacionado con necesidades, efectividad, equidad y eficiencia (Maxwell, 1986). A las anteriores citadas se agregan: **elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía** (SERVQUAL, 1990).

Enfoque de derechos ⁹

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

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

5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011

6. WHO, 2007

7. OMS, 2012

8. Ramos, M., et al. "Calidad de la atención de salud." La Habana: Editorial de Ciencias Médicas (2004).

9. Rodríguez L, 2008

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

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

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Número de atenciones con calidad a las complicaciones derivadas del aborto en mujeres en edad fértil (10 a 49 años), registradas en el formulario perinatal 051, en un período (t) y área determinada.

Es el número de mujeres con complicaciones derivadas del aborto que recibieron atención de calidad en establecimientos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud en el servicio de emergencia, centro obstétrico, Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), registrado en el Formulario Perinatal 051.

Tomar la sumatoria de los siguientes códigos CIE – 10:

(O00-O08) Embarazo que termina en aborto

- (O00) Embarazo ectópico
 - (O00.0) Embarazo abdominal
 - (O00.1) Embarazo rubrico
 - (O00.2) Embarazo ovárico
 - (O00.8) Otros embarazos ectópicos
 - (O00.9) Embarazo ectópico, no especificado
- (O01) Mola ciatiforme y sus 3 CIE 10
 - o O010 Mola ciatiforme clásica
 - o O011 Mola ciatiforme, incompleta o parcial
 - o O019 Mola ciatiforme, no especificada
 - o O020 Detención del desarrollo del huevo y mola no ciatiforme
- (O02.1) Aborto retenido
- (O03) Aborto espontáneo
- (O05) Otro aborto
- (O06) Aborto no especificado
- (O07) Intento fallido de aborto
 - (O08.1) Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - (O08.3) Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - (O063) Aborto incompleto complicado
 - (O064) Período intergenésico por cesárea previa menor a 12 meses
- y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (O00-O08).

DENOMINADOR: Total de mujeres en edad fértil con complicaciones derivadas del aborto que acudieron a establecimientos de salud hospitalario, registradas en el servicio de emergencia, en un período (t) y área determinada.

Es el número total de mujeres con complicaciones derivadas del aborto que **acuden** a solicitar atención en el servicio de emergencia en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Para efectos de cálculo, se utilizará la siguiente fuente de información: Formulario de Admisión (MSP Formulario Emergencia 08) o el formulario que sea utilizado para su efecto.

Se considerará todos los registros referentes a complicaciones derivadas del aborto:

(000-008) Embarazo que termina en aborto

- (000) Embarazo ectópico
 - (000.0) Embarazo abdominal
 - (000.1) Embarazo tubárico
 - (000.2) Embarazo ovárico
 - (000.8) Otros embarazos ectópicos
 - (000.9) Embarazo ectópico, no especificado
- (001) Mola hidatiforme
 - o 0010 Mola hidatiforme clásica
 - o 0011 Mola hidatiforme, incompleta o parcial
 - o 0019 Mola hidatiforme, no especificada
 - o 0020 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme
- (002.1) Aborto retenido
- (003) Aborto espontáneo
- (004) Aborto médico (Terapéutico)
- (005) Otro aborto
- (006) Aborto no especificado
- (007) Intento fallido de aborto
 - (008.1) Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - (008.3) Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - (0063) Aborto incompleto complicado
 - (0064) Periodo intergenésico por cesárea previa menor a 12 meses
- y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (000-008).
- (020) Hemorragia precoz del embarazo
- (020.0) Amenaza de aborto
- (020.7) Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
- (071) Otro trauma obstétrico
- (071.0) Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto
 - (071.3) Desgarro obstétrico del cuello uterino
 - (071.7) Hematoma obstétrico de la pelvis
 - (071.9) Trauma obstétrico, no especificado

Para efectos de cálculo del presente indicador se considerará dentro de los parámetros de una atención de calidad a la:

- **Accesibilidad de la paciente:** La valoración dentro del servicio de emergencia no podrá superar los 15 minutos desde que la paciente ingresa al establecimiento hasta que es atendida por el profesional de salud. Para lo cual se definirá a las pacientes que llegan con complicaciones derivadas al aborto como **prioridad 1** en el Triage, COLOR ROJO – Atención Inmediata.

- **Eficiencia y capacidad de respuesta:** La capacidad de respuesta para realizar el triage y atención a las complicaciones derivadas del aborto debe ser inmediata, es decir el tiempo que transcurre entre el triage de la paciente con complicaciones derivadas del aborto y el ingreso al centro obstétrico (centro quirúrgico) no podrá superar los 15 minutos, para aquellos casos que ameriten atención del aborto con mediante procedimientos no ambulatorios. Para los casos de atención a las complicaciones del aborto mediante tratamiento farmacológico, el tiempo que transcurra desde el triage de la paciente a la atención con un profesional de salud no podrá superar los 15 minutos.
- **Seguridad:** Ante todo se garantizará la salud integral de las pacientes que acuden con complicaciones derivadas del aborto, para lo cual el tratamiento a elección de estas complicaciones deberá estar basado en evidencia científica y sujeto a las normas técnicas emitidas por la Autoridad Nacional para el efecto.
- **Empatía:** Los establecimientos de salud, los profesionales de salud y trabajadores deberán brindar una atención integral a la paciente con complicaciones derivadas del aborto, libre de prejuicios y juicios de valor, respetando los derechos humanos.

Para la medición de la calidad se considerarán variables cuantitativas (por ejemplo: el tiempo) y variables cualitativas como la empatía y el respeto a los derechos humanos. A través de una encuesta a las usuarias.

LIMITACIONES TÉCNICAS	• No contamos con un sistema de información en el MSP para procesar y analizar la información en periodos más cortos. • No se cuenta con el formulario 051 digitalizado. • Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. • Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. • Sub registro de datos de información con respecto a las atenciones del Aborto y sus complicaciones debido al marco legal vigente en el país. • El consolidado de atenciones Gineco-Obstetricia no clasifica los abortos por codificaciones según CIE – 10
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Es el número de atenciones a las complicaciones derivadas del aborto en establecimiento hospitalarios, a fin de garantizar la atención con calidad y oportuna incluyendo la adopción de estrategias preventivas con el propósito de la disminución de muerte materna acorde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

FUENTE DE DATOS		Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del MSP (Consolidado de Atenciones Gineco-Obstetricia) Formulario de Admisión (MSP Formulario Emergencia 08) o el formulario que sea utilizado para su efecto. Formulario 051
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, Semestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2013– 2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de Salud
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		• Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011 • WHO, 2007 • OMS, 2012 • GPC Atención del Aborto Terapéutico, 2015. • Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015 • Guía de Práctica Clínica –GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente • Guía de Práctica Clínica –GPC Atención del Aborto Terapéutico • Gispert R, Barés A, Freitas A, Torné A, Puigdefabres A, Alberquilla A et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: una aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. Rev Esp Salud Pública. 2006;80:139-55. • Squassi A, Mercer H, Bordoni N. Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados. Revista de la Maestría en Salud Pública. 2005; 3(5):1-21. ISSN1667-3700

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	- Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008. - Gagliardino JJ, Olivera EM, Etchegoyen GS, González C, Guidi ML. Evaluación y costos del proceso de atención de pacientes diabéticos. Medicina (Buenos Aires). 2000;60:880-8. ISSN0025-7680 - Donabedian A. The Seven Pilars of Quality. Arch Pathol Lab Med; 1990; 114:1115-8. - Rodríguez L. Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas Quito. 2008. - Ramos, M., et al. “Calidad de la atención de salud.” La Habana: Editorial de Ciencias Médicas (2004).	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Febrero 2017	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Febrero2017	
SINTAXIS		
No Aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	- Gerencia Institucional de Implementación de la Disminución de Muerte Materna. - Dirección Nacional de Promoción / Gestión interna de SS SR	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.1.10 Referencias cumplidas efectivas para la atención de las complicaciones derivadas del aborto en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.
DEFINICIÓN	Elemento de medición y análisis que permite conocerlas referencias para la atención de las complicaciones derivadas del aborto cumplidas y efectivas en cumplimiento a la normativa vigente (Guía de Práctica Clínica –GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente; GPC de Atención del Aborto Terapéutico, u otras), con el objetivo de evitar la mortalidad materna.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$REACDA_{(10-49 \text{ años})}^t = \frac{NMEFAEAPCDAREESH_{(10-49 \text{ años})}^t}{TMEFAESPACDA_t} \times K$	
Donde: $REACDA_{(10-49 \text{ años})}^t$ = Referencias cumplidas efectivas para atención de las complicaciones derivadas del aborto en mujeres en edad fértil en cumplimiento a la normativa vigente en el marco de los derechos humanos, en un período (t) y área determinada. $NMEFAEAPCDAREESH_{(10-49 \text{ años})}^t$ = Número de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) que acuden a establecimientos de atención primaria solicitando atención a las complicaciones derivadas del aborto a las cuales se les realizó referencia cumplida y efectiva a establecimientos de salud hospitalario en un período (t) y área determinada. $TMEFAESPACDA_t$ = Total de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) que acuden a establecimientos de atención primaria solicitando atención a las complicaciones derivadas del aborto, en un período (t) y área determinada. K = 100	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Aborto:

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.^{10 11}

Aborto inseguro:

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.¹²

Complicaciones derivadas del aborto:

Se considera dentro las complicaciones derivadas del aborto, a los eventos clasificados en los códigos CIE-10 como complicaciones de abortos espontáneos, abortos médicos, otros abortos, abortos no especificados y otros intentos fallidos de aborto y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (O00-O08).

Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053¹³:

- **Referencia cumplida:** es aquella en que el usuario asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y es registrado en un sistema informático o manual.
- **Referencia cumplida efectiva:** es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud.
- **Referencia cumplida no efectiva:** es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud.
- **Referencia bien llenada:** es cuando la sección de datos del usuario y la sección de referencia del formulario No. 053 tiene todos los datos completos y con letra legible.
- **Referencia mal llenada:** es cuando la sección de datos del usuario y la sección de referencia del formulario No. 053 no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.

Enfoque de derechos¹⁴

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

10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011

11. WHO, 2007

12. OMS, 2012

13. MSP, Norma Técnica Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, Ecuador, 2014.

14 Rodríguez L, 2008

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

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

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

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

NUMERADOR: Número de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) que acuden a establecimientos de atención primaria solicitando atención a las complicaciones derivadas del aborto a las cuales se les realizó referencia efectiva establecimientos de salud hospitalario en un período (t) y área determinada.

Para efecto de la medición del numerador se considerarán únicamente las referencias realizadas de manera efectiva (*las que llegaron al establecimiento de salud hospitalario para recibir atención inmediata*) de las mujeres que solicitaron atención a las complicaciones derivadas del aborto en establecimientos de atención primaria (Sub Centros, Centros de Salud, Maternidades de Corta Estancia, etc.).

Tomar en consideración los siguientes códigos CIE – 10:

(O00-O08) Embarazo que termina en aborto

- (O00) Embarazo ectópico
 - o (O00.0) Embarazo abdominal
 - o (O00.1) Embarazo tubárico
 - o (O00.2) Embarazo ovárico
 - o (O00.8) Otros embarazos ectópicos
 - o (O00.9) Embarazo ectópico, no especificado
- (O01) Mola hidatiforme
 - o O010 Mola hidatiforme clásica
 - o O011 Mola hidatiforme, incompleta o parcial
 - o O019 Mola hidatiforme, no especificada
 - o O020 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme
- (O02.1) Aborto retenido
- (O03) Aborto espontáneo
- (O05) Otro aborto
- (O06) Aborto no especificado
- (O07) Intento fallido de aborto
 - o (O08.1) Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - o (O08.3) Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - o (O063) Aborto incompleto complicado
 - o (O064) Periodo intergenésico por cesárea previa menor a 12 meses
- y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (O00-O08).

DENOMINADOR: Total de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) que acuden a establecimientos de atención primaria solicitando atención a las complicaciones derivadas del aborto, en un período (t) y área determinada.

Para efectos de cálculo del denominador se utilizará como fuente de información: Historia Clínica, Formulario de Admisión (MSP Formulario Emergencia 008), Formulario de evolución (005) o el formulario que sea utilizado para su efecto.

Se considerará todos los registros referentes a complicaciones derivadas del aborto:

(000-008) Embarazo que termina en aborto

- (000) Embarazo ectópico
 - o (000.0) Embarazo abdominal
 - o (000.1) Embarazo tubárico
 - o (000.2) Embarazo ovárico
 - o (000.8) Otros embarazos ectópicos
 - o (000.9) Embarazo ectópico, no especificado
- (001) Mola hidatiforme
 - o 0010 Mola hidatiforme clásica
 - o 0011 Mola hidatiforme, incompleta o parcial
 - o 0019 Mola hidatiforme, no especificada
 - o 0020 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme (003) Aborto espontáneo
- (003) Aborto espontáneo
- (004) Aborto médico (Terapéutico)
- (005) Otro aborto
- (006) Aborto no especificado
- (007) Intento fallido de aborto
 - o (008.1) Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - o (008.3) Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 - o (0063) Aborto incompleto complicado
 - o (0064) Período intergenésico por cesárea previa menor a 12 meses
- y muertes clasificadas con alguno de los códigos de aborto (000-008).
- (020) Hemorragia precoz del embarazo
- (020.0) Amenaza de aborto
- (020.7) Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
- (071) Otro trauma obstétrico
 - o (071.3) Desgarro obstétrico del cuello uterino
 - o (071.7) Hematoma obstétrico de la pelvis
 - o (071.9) Trauma obstétrico, no especificado

LIMITACIONES TÉCNICAS		- No contamos con un sistema de información en el MSP para procesar y analizar la información en periodos más cortos. - No se cuenta con el formulario 051 digitalizado, algunos Sub Sistemas del SNS no utilizan el formulario 051. - Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de servicios de salud. - Limitada infraestructura tecnológica en ciertos establecimientos de salud impacta el registro de la información. - Sub registro de datos de información con respecto a las atenciones del Aborto y sus complicaciones debido al marco legal vigente en el país. - El consolidado de atenciones Gineceo-Obstetricia no clasifica los abortos por codificaciones según CIE – 10
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Es el número de referencias cumplidas efectivas realizadas para la atención de las complicaciones derivadas del aborto, en cumplimiento a la normativa vigente (Guía de Práctica Clínica –GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente; GPC de Atención del Aborto Terapéutico, u otras), con el objetivo de evitar la mortalidad materna acorde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.
FUENTE DE DATOS		Formulario de referencia 053 Historia Clínica: Formulario de Admisión (MSP Formulario Emergencia 08) o el formulario que sea utilizado para su efecto, Formulario 051
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Anual, Semestral, Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2015– 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	Establecimiento de Salud

INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	• Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011 • WHO, 2007 • OMS, 2012 • GPC Atención del Aborto Terapéutico, 2015. • Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015 • Guía de Práctica Clínica –GPC Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente • Guía de Práctica Clínica –GPC Atención del Aborto Terapéutico • Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización, Norma Técnica Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, Ecuador, 2014. • Rodríguez L. Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas Quito. 2008. - Ramos, M., et al. "Calidad de la atención de salud." La Habana: Editorial de Ciencias Médicas (2004).
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Febrero 2017
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Febrero 2017
SINTAXIS	
No Aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	- Gerencia Institucional de Implementación de la Disminución de Muerte Materna. - Dirección Nacional de Promoción / Gestión interna de SS SR

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.2.1. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud que están implementando la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESHIGPCAT} = \frac{\text{NESHIGPCAT}}{\text{TESH}} \times 100$ PESHIGPCAT= Porcentaje de establecimientos de salud hospitalarios que implementan la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico NESHIGPCAT = Número de establecimientos de salud hospitalarios que implementan la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico TESH = Total de establecimientos de salud hospitalarios	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Aborto: la OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm). Aborto terapéutico: es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la salud o vida de la mujer. Edad gestacional o duración del embarazo: el número de días o semanas completas desde el primer día de la última menstruación normal. Métodos quirúrgicos de AT: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo; incluyen la aspiración al vacío (AMEU) y la dilatación y curetaje (D y C). Métodos farmacológicos de AT: utilización de drogas farmacológicas (misoprostol, oxitocina) para finalizar un embarazo. También se utiliza el término "AT no quirúrgico". Aborto: la OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm).	

Aborto terapéutico: es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la salud o vida de la mujer.

Edad gestacional o duración del embarazo: el número de días o semanas completas desde el primer día de la última menstruación normal.

Métodos quirúrgicos de AT: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo; incluyen la aspiración al vacío (AMEU) y la dilatación y curetaje (D y C).

Métodos farmacológicos de AT: utilización de drogas farmacológicas (misoprostol, oxitocina) para finalizar un embarazo. También se utiliza el término "AT no quirúrgico".

Persona con discapacidad: se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que las hubiera originado, se ve restringida permanentemente en su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento de discapacidades del Ecuador.

Persona con discapacidad mental: la discapacidad mental es la resultante de la interacción entre algunas condiciones psíquicas y/o intelectuales de largo plazo que pueden presentar las personas, y las barreras del entorno, tales como formas de exclusión social, carencias de apoyo y actitudes estigmatizadoras, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.^{8, 9} El Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador establece en el Art. 1 que "se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que las hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al 40% de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional."

Peligro: es la posibilidad de lesión o daño que la continuación del embarazo puede ocasionar a la salud de la mujer.

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide:

Porcentaje de establecimientos de salud hospitalarios que implementan la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico

En este caso para definir el **Numerador:** Se consideran todos los establecimientos de salud hospitalarios que implementan la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico

Para el cálculo del **Denominador:** Se consideran el total de establecimientos de salud hospitalarios con atención obstétrica

Finalmente para obtener el valor del **Porcentaje**, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS		Desconocimiento de la normativa (Guía de Práctica Clínica de aborto terapéutico emitida por la Posible falta de objetividad en el momento de evaluar la necesidad de un aborto terapéutico.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran implementando la Guía de Práctica Clínica (GPC) de aborto terapéutico
FUENTE DE DATOS		Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR de las Zonas, registros administrativos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Se deberá monitorear y evaluar a las unidades de salud sobre la implementación de la guía trimestralmente.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		• Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública. 2012 • FLASOG. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera Edición; 2013 May • Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd edition. Geneva:World Health Organization; 2012. • Ley Orgánica de Discapacidades (LOD). Ecuador (2012). • González Vélez AC. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: La Mesa por la vida y la salud de las mujeres; 2011 • Ley Orgánica de Salud. Ecuador (2006). • Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Guía de Práctica Clínica Atención del Aborto Terapéutico, 2015.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		SEPTIEMBRE 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		SEPTIEMBRE 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.1. Número de muertes maternas notificadas en el sistema de Vigilancia de MM.
DEFINICIÓN	Número de muertes maternas notificadas en el Sistema de Vigilancia de Muerte Materna y Neonatal
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$NMM = \sum NMM \text{ notificadas}$ Donde: NMM: Número de muertes maternas semanales	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Muertes materna: Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente a la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Es la suma de todas las muertes maternas notificadas en el Sistema De Muerte Materna y Neonatal.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Se va a construir un nuevo sistema de Muerte Materna
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Valor absoluto
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Representa el total de muertes maternas semanales ocurridas en el Sistema Nacional de Salud, sea institucional o en domicilio.
FUENTE DE DATOS	Sistema de Vigilancia de Muerte Materna y Neonatal
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Semanal (cada miércoles)
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2014 -2015

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial, Cantonal, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		Por lugar donde se notificó la muerte y lugar de residencia de la fallecida.
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Estrategia Nacional por un Ecuador sin Muertes Maternas Plan integral para reducir la mortalidad materna Plan Nacional del Buen Vivir Objetivos del Milenio
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Diciembre, 2015
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Ministerio de Salud Pública

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.2. Número de muertes neonatales notificadas en el sistema de vigilancia.
DEFINICIÓN	Es el Número de Muertes Neonatales notificadas en el sistema de vigilancia
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$NMN = \sum MN \text{ notificadas}$ Donde: NMN: Número de Muertes Neonatales	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Muerte neonatal: Son las muertes neonatales antes de alcanzar los 28 días de edad, y con las siguientes características: • Muertes de neonatos con peso del RN igual o mayor a 2500 gramos, • Muertes de neonatos después de una Cesárea electiva, • Muertes en neonatos a término, es decir nacidos entre las 37 a 41 semanas de gestación, • Muertes neonatales ocurridas en la comunidad, independientemente de la causa de muerte o la edad gestacional.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Es la Sumatoria de todas las muertes de neonatos notificados en el sistema, y que cumplen la definición de caso.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Se va a realizar un nuevo sistema.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Valor Absoluto
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Número de muertes neonatales notificadas.
FUENTE DE DATOS	Sistema de Mortalidad Materna y Neonatal
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Semanal
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2015

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial, Cantonal, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal Plan Nacional del Buen Vivir Objetivos de Desarrollo del Milenio
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Diciembre, 2015
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Ministerio de Salud Pública

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.3. Porcentaje establecimientos de salud que implementan el sistema de vigilancia de morbilidad materna grave.
DEFINICIÓN	Número de establecimientos de salud que implementan el seguimiento de la morbilidad materna grave, sobre el total de establecimientos operativos de salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PEMMG} = \frac{\text{NEMMG}}{\text{NTE}} \times 100$ Donde: PEMMG: Porcentaje de establecimientos que cuentan con el Sistema de morbilidad materna grave NTE: Número total de establecimiento operativos de salud	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Morbilidad materna grave: Es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Se divide el número de establecimientos que cuentan con el sistema de morbilidad materna grave sobre el total de establecimientos de salud operativos.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Sistema nuevo. Tiene que generarse todo el proceso para la creación e implementación.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de unidades operativas que cuentan con el sistema de morbilidad materna grave.
FUENTE DE DATOS	No aplica
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	No aplica
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	No aplica

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial, Cantonal, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Estrategia Nacional por un Ecuador sin Muertes Maternas Plan integral para reducir la mortalidad materna Plan Nacional del Buen Vivir Objetivos del Milenio
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No aplica
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Diciembre, 2015
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Ministerio de Salud Pública

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.4 Porcentaje de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural
DEFINICIÓN	Define el número de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\frac{\text{NEPH}}{\text{TEPH}} \times 100$ <i>En donde:</i> NEPH = Número de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural. TEPH = Total de establecimientos de salud que brindan atención de parto.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Establecimientos de salud del MSP que atienden el parto normal: Son las unidades de primer y segundo nivel con tipología C1, C2 y Hospitales Básicos. Salas de parto interculturales: son las salas de parto que cuentan con equipamiento y ambientación adecuada para permitir dar a luz en diferentes posiciones del parto mediante insumos específicos como pelota de dilatación, taburete de parto (silla holandesa), tela para suspender del techo, barras de sujeción para parto vertical. Cuenta con dispensador de agua fría y caliente, bolsas de agua caliente, cobijas, e idealmente con paredes pintadas con colores cálidos, iluminación cálida y sistema de climatización automatizada, con el fin de ofrecer una ambientación íntima que favorezca el proceso hormonal y fisiológico del parto.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
El numerador corresponde al número de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural. El denominador corresponde al total de establecimientos de salud que brindan atención de parto. El registro se lo realiza en una matriz de monitoreo elaborada por la Dirección Nacional de Salud Intercultural alimentada con los reportes desde las Coordinaciones Zonales.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	El incumplimiento de reportes desde las Coordinaciones Zonales.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Permite visualizar y analizar el porcentaje de establecimientos de salud que reportan periódicamente estándares e indicadores de atención de parto con pertinencia intercultural. Permite identificar el acceso a una atención humanizada en contraste con la adecuación de las salas de parto y UTPRS.
FUENTE DE DATOS		Matriz de monitoreo DNSI
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		DNSI
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		Matriz de monitoreo de estándares e indicadores de parto, realizada por la Dirección Nacional de Salud Intercultural.
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Estrategia Nacional por un Ecuador sin Muertes Maternas Plan integral para reducir la mortalidad materna Plan Nacional del Buen Vivir Objetivos de desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		• Organización Mundial de la Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, "Cuidados en el parto normal: una guía práctica", Ginebra 1996. • Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural, "Guía de Especificaciones Técnicas para UTPRS Interculturales", Ecuador 2014. • Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Intercultural, "Guía para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado", Ecuador 2008.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		04/012/2015

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	
SINTAXIS	
No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Salud Intercultural

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.5. Porcentaje de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la atención efectuados por los niveles desconcentrados, en casos de muerte materna.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida, mide el porcentaje de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\frac{\text{Número de informes de seguimientos a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados}}{\text{Número total de informes de auditorías de Calidad de la Atención de muerte neonatal entregados}} \times 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Informes de seguimiento: documento elaborado por el equipo de auditoría de la calidad de la atención en salud del nivel central, luego de verificar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe final de muerte neonatal de la Zona Recomendaciones: acciones encaminadas a mejorar las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura identificadas en el informe final de muerte neonatal.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Para definir el Numerador: Se consideran la sumatoria del Número de informes de seguimientos a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados, en el período reportado. Para calcular el Denominador: Se considera la sumatoria del total de informes de auditorías de Calidad de la Atención de muerte neonatal entregados, en el período reportado. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Funcionarios limitados para seguimiento - Alta rotación de personal - Limitaciones para viajes - Acceso
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de informes de seguimiento de auditoría de Calidad de la Atención de muertes neonatales.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el Porcentaje de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados
FUENTE DE DATOS		Numerador: Informes finales de muertes neonatales de casos cerrados. Denominador: Notificaciones de muertes neonatales.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Junio /2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del estado (2008) Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	www.essalu.gob.pe/defensoria/guia-protocolo.../protocolo_Londres.pdf www.homo.gov.co/...calidad/.../103_b675ba8281c55ac2352cd5160f31...
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	08/03/2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	08/03/2016
No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.6 Porcentaje de informes de seguimiento a los Planes de acción establecidos en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida, mide el porcentaje de informes de seguimiento a los Planes de acción establecidos en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Número de informes de seguimientos a los Planes de acción de cada informe de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados}}{\text{Número total de informes de auditorías de Calidad de la Atención de muerte materna entregados con Planes de acción}} \times 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Informes de seguimiento: documento elaborado por el equipo de auditoría de la calidad de la atención en salud del nivel central, luego de verificar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe final de muerte materna de la Zona Recomendaciones: acciones encaminadas a mejorar las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura identificadas en el informe final de muerte materna. Plan de acción. Es la presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específico, utilizando un monto de recursos asignado para el logro de un objetivo dado.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Para definir el Numerador: Se consideran la sumatoria del Número de informes de seguimientos a los Planes de acción de cada informe de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados. Para calcular el Denominador: Se considera la sumatoria del total de informes de auditorías de Calidad de la Atención de muerte materna entregados con Planes de acción. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	- Funcionarios limitados para seguimiento - Alta rotación de personal - Limitaciones para viajes - Acceso
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Número de informes de seguimiento de auditoría de Calidad de la Atención de muertes maternas.

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el Porcentaje de informes de seguimiento a las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría de Calidad de la Atención, efectuados por los niveles desconcentrados
FUENTE DE DATOS		Numerador: Informes finales de muertes maternas de casos cerrados. Denominador: Notificaciones de muertes maternas.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Abril-Junio /2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del estado (2008) Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		www.essalu.gob.pe/defensoria/guia-protocolo.../protocolo_Londres.pd www.homo.gov.co/...calidad/.../103_b675ba8281c55ac2352cd5160f31... MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública- Dirección. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL. 2012.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		26/02/2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		17/03/2016
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.7. Porcentaje de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte materna cerrados, en las Zonas.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida, mide el porcentaje de auditorías de Calidad de la atención en salud de los casos de muertes maternas cerrados, en las Zonas.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
Número de informes aprobados de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte materna realizados por la zona $= \frac{\text{Número total de casos de muerte materna notificados en la zona}}{\text{Número total de casos de muerte materna notificados en la zona}} \times 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Auditoría.- es la evaluación crítica y sistemática que realiza una persona o grupo de personas independientes del sistema auditado. Calidad de la Atención.- consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que <u>maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos</u>. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. (Donabedian 1980) Caso sospechoso de muerte materna.- toda muerte que ocurra en una mujer entre 10 – 54 años de edad. Muerte Materna: son las muertes que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y/o puerperio; o de enfermedades existentes desde antes del embarazo o que evolucionaron durante el embarazo, parto o puerperio.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Para definir el Numerador: Se consideran la sumatoria acumulada del número de informes aprobados por la DNCSS, de las auditorías de Calidad de la atención realizadas por la Coordinación Zonal de casos de muerte materna ocurridos en la zona. Para calcular el Denominador: Se considera la sumatoria acumulada de muertes maternas notificadas, por la zona. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	

LIMITACIONES TÉCNICAS		- Desconocimiento de la metodología de los procesos de investigación de muerte materna. - Falta de apoyo de las Autoridades de los Establecimientos de Salud, Distritos y Zonas, para obtener la información. - Depender de terceros para obtener la información.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de auditorías de la calidad de la atención de casos de muertes maternas cerrados.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el Porcentaje de auditorías de Calidad de la atención de casos de muerte materna cerradas, en la Zona.
FUENTE DE DATOS		Numerador: Informes de Auditorías de la Calidad de la atención realizada. Denominador: Registros de notificación epidemiológica de casos sospechosos de muerte materna.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual (Acumulado)
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Marzo-2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Zonal
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del estado (2008) Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		www.col.ops-oms.org/Municipios/defcasos.htm www.paho.org/gut/index.php?option=com_docma&task...
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		26/02/2015
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		08/03/2016

SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.8. % de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte neonatal cerrados, en las Zonas.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida, mide el porcentaje de auditorías de Calidad de la atención en salud de los casos de muertes neonatales cerrados, en las Zonas.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$= \frac{\text{Número de informes aprobados de auditorías de calidad de la atención en salud de casos de muerte neonatal realizados por la zona}}{\text{Número total de casos de muerte neonatal notificados en la zona}} \times 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Auditoría.- es la evaluación crítica y sistemática que realiza una persona o grupo de personas independientes del sistema auditado. Calidad de la Atención.- consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que <u>maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos</u>. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. (Donabedian 1980) Caso sospechoso de muerte neonatal.- toda muerte que ocurra en una mujer entre 10 – 54 años de edad. Muerte Neonatal: son las muertes que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y/o puerperio; o de enfermedades existentes desde antes del embarazo o que evolucionaron durante el embarazo, parto o puerperio.	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Para definir el Numerador: Se consideran la sumatoria acumulada del número de informes aprobados por la DNCSS, de las auditorías de Calidad de la atención realizadas por la Coordinación Zonal de casos de muerte neonatal ocurridos en la zona. Para calcular el Denominador: Se considera la sumatoria acumulada de muertes neonatales notificadas, por la zona. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Desconocimiento de la metodología de los procesos de investigación de muerte neonatal. - Falta de apoyo de las Autoridades de los Establecimientos de Salud, Distritos y Zonas, para obtener la información. - Dependier de terceros para obtener la información.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de auditorías de la calidad de la atención de casos de muertes neonatales cerrados.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el Porcentaje de auditorías de Calidad de la atención de casos de muerte neonatal cerradas, en la Zona.
FUENTE DE DATOS		Numerador: Informes de Auditorías de la Calidad de la atención realizado. Denominador: Registros de notificación epidemiológica de casos sospechosos de muerte neonatal.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Mensual (Acumulado)
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Marzo-2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Zonal
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del estado (2008) Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	www.col.ops-oms.org/Municipios/defcasos.htm www.paho.org/gut/index.php?option=com_docma&task...	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	08/03/2016	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	8/03/2016	
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.3.9. Porcentaje de establecimientos con aplicación del Sistema Informático Perinatal (SIP).
DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de establecimientos de salud que aplican el Sistema Informático Perinatal (SIP), con la finalidad de elevar progresivamente la calidad de la atención materna y neonatal, lo que permite construir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios, monitorizar indicadores claves y/o realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESAMNASIP} = \frac{\# \text{ESAMNASIP}}{\# \text{TESAMN}} \times 100$	
Donde: PESAMNASIP = Porcentaje de Establecimientos de Salud con atención materna y neonatal, que aplican el Sistema Informático Perinatal ESAMNASIP = # de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal que aplican el Sistema Informático Perinatal TESAMN = # Total de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública.	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Establecimientos de salud con atención Materno Neonatal: Establecimientos de salud que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas y en período de puerperio, así como a niños y niñas menores de 28 días. Lo cual implica que dispongan en su cartera de servicios los siguientes: Control prenatal, Asistencia del parto y del puerperio, atención inmediata del recién nacido, control del infante menor de 28 días, atención inicial y/o completa de la complicación obstétrica y neonatal. Tiene que tomarse en cuenta que las unidades materno neonatales son aquellas que se encuentran prestando atención de parto y atención neonatal, es decir con cartera de servicios materno neonatal, no debe tomarse en cuenta las unidades que esporádicamente atiendan partos en expulsivo. Sistema Informático Perinatal: Comprende la Historia Clínica Perinatal, los formularios complementarios y un componente informático que contiene programas para el procesamiento de la información, así como ayudas multimediales.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Para definir el Numerador, se considera la sumatoria del número # de Establecimientos de salud con atención materna y neonatal que aplican el Sistema Informático Perinatal, según la nueva organización territorial de las Coordinaciones Zonales y que mensualmente reportan al nivel correspondiente, en formatos establecidos. Para calcular el Denominador, se considera la suma total de establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública, conforme al listado elaborado y entregado por cada zona. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	• El incorrecto llenado de la Historia Clínica Materna Perinatal. • Estandarizar el perfil del personal de salud que ingresa los datos en el sistema Informático. • El responsable que consolidará los datos, es altamente rotativo.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Establecimientos de salud con atención materna y neonatal del Ministerio de Salud Pública.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador nos permitirá medir la aplicación del Sistema Informático y de esta manera medir la calidad de la atención materna y neonatal (aplicación de normas, protocolos y guías de práctica clínica) en los establecimientos de salud del MSP cuya cartera de servicios incluye atención materna y neonatal.
FUENTE DE DATOS	Numerador: reportes de indicadores establecimientos de salud. Denominador: Matriz de Establecimientos de Salud proporcionada por la Zona, por la DN de Primer Nivel, de Hospitales y la planificación territorial del MSP.

PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Año 2016
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional Zonal Distrital Establecimiento de Salud
	GENERAL	N/A
	OTROS ÁMBITOS	N/A
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		N/A
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		• Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 • Constitución Política del Estado (2008) • Modelo de atención integral en Salud (MAIS-FCI). • Plan Nacional de Reducción Acelerada de mortalidad materna y neonatal (2008).
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		• Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo materno. Quito: MSP; 2008. • Guías de práctica Clínica de atención materna neonatal
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		febrero -2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		marzo -2016
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.4.1. Número de derivaciones por emergencias obstétricas en la RPIS.
DEFINICIÓN	Número total de derivaciones por emergencias obstétricas desde el MSP hacia la Red Pública y Complementaria de Salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
Número total de derivaciones (autorizaciones) del MSP para atención en unidades de salud de la RPIS-RPC a pacientes por emergencias obstétricas. Acumuladas semestralmente, con información tomada de la base de datos del Sistema RPIS-MSP.	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Número de derivaciones a pacientes por emergencias obstétricas: Pacientes (usuarias) del MSP por emergencias obstétricas que reciben atención en unidades de salud de la RPIS y RPC (compra de servicios).	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Número total de derivaciones (autorizaciones) del MSP para atención en unidades de salud de la RPIS-RPC a pacientes por emergencias obstétricas. Acumuladas semestralmente, con información tomada de la base de datos del Sistema RPIS-MSP. Incluye los códigos CIE-10: 000-099	
LIMITACIONES TÉCNICAS	No Aplica
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Númerica
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Número total de derivaciones por emergencias obstétricas desde el MSP hacia la Red Pública y Complementaria de Salud.
FUENTE DE DATOS	Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud (Sistema RPIS-MSP)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Semestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2015

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital	
	GENERAL	No Aplica	
	OTROS ÁMBITOS	No Aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No Aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		No Aplica	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		No Aplica	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Diciembre, 2015	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		No Aplica	
SINTAXIS			
No Aplica			
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15	
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud		

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	7.4.2. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.
DEFINICIÓN	Es un indicador de salida/resultado. Mide el % agregado de fallecimientos de mujeres por complicación obstétrica directa atendidas en una Unidad Hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención que tenga atención materna y neonatal como parte de su cartera de servicios.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\frac{\text{Número de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas, ocurridas en el hospital}}{\text{Total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital}} \times 100$	
Meta (Estándar) : No mayor al 1 %	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Complicación obstétrica directa es una complicación del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio) de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados. Para efectos de la construcción del indicador se deberá tomar en cuenta las complicaciones obstétricas identificadas en la matriz de la Pág. 58 del manual de estándares Materno neonatales del 2008 del MSP	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Numerador: Representa la sumatoria del número de usuarias mujeres con Diagnóstico de complicación obstétrica directa a quienes se les ha atendido en un hospital que fallecieron en ese mismo hospital. Denominador: Representa la sumatoria del número de usuarias mujeres con Diagnóstico de Complicación Obstétrica directa que fueron atendidas en una unidad de salud en un período determinado (1 mes). El resultado de esta división se debe multiplicar por 100	
LIMITACIONES TÉCNICAS	• Desconocimiento del proceso de medición. • Desconocimiento o dificultad para manejar instrumentos de recolección de datos
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Mujeres con Diagnóstico de Complicación Obstétrica Directa
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador de SALIDA/RESULTADO permitirá medir la calidad de la atención específica a mujeres en su embarazo, parto o puerperio que fueron atendidas en una unidad hospitalaria por presentar algún tipo de Complicación Obstétrica Directa

FUENTE DE DATOS		Historias clínicas de las mujeres atendidas en un hospital por presentar algún tipo de Complicación Obstétrica Directa.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Año 2015
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional Zonal Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008). Estrategia Integral de Reducción de Muerte Materna y Neonatal
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Manual de Estándares Maternos y Neonatales
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		DICIEMBRE – 2013
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		MARZO -2016
SINTAXIS		
CLASIFICADOR SECTORIAL	SALUD	15
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Calidad de los Servicios

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.1.1. Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables para la atención de adolescentes.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud que cumplen acorde con la normativa, la calificación de amigable para la atención a adolescentes.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESAA = \frac{NUSPNCSSAAA}{TUSPN} \times 100$ PESAA = Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables para la atención de adolescentes. NUSPNCSSAAA = Número de unidades de salud de primer nivel que han recibido la calificación de amigable para la atención de adolescentes. TUSPN = Total de unidades de salud de primer nivel excluyendo puestos de salud	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Primer Nivel de Atención: “Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población. En este nivel se encuentran los puestos de salud, subcentral de salud, centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria” (1) Establecimientos de salud de primer nivel: Al 2015, el total de unidades operativas de primer nivel del MSP (centros de salud 24hs, centro de salud rural, centro de salud urbano, puesto de salud) fueron 2.718. Excluyendo los puestos de salud, la suma de los centros de salud 24hs (37), centros de salud rural (763), y centros de salud urbanos (719) dan un total de 1.519. Para efectos de este indicador, se considerará el dato que excluyen los puestos de salud, debido a que por la complejidad de la tarea, estos no podrían ejecutarla. (2) Establecimiento de salud amigable para la atención de adolescentes. “Los establecimientos amigables reconocen los derechos de la población adolescente. Cuentan con personal sensibilizado, capacitado y competente para brindar atención biopsicosocial, en equipo y en red con los enfoques de diversidad, intercultural, de género, intergeneracional y de derechos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. Incluyen tanto la prevención de los problemas como la promoción, el tratamiento y rehabilitación. Actúan integrados y en coordinación con otros niveles de atención y consideran a las personas en su ciclo de vida, no limitando a la atención de la salud física, ni a un determinado episodio de enfermedad, sino a ayudar en toda la problemática biosicosocial de la persona.” (3)	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: % de unidades de salud de primer nivel que han sido calificados como amigables para la atención a adolescentes. En este caso para definir el Numerador: Se consideran todas las unidades de primer nivel del MSP que han sido evaluadas y recibido la calificación de amigables para la atención a adolescentes. Para el cálculo del Denominador: Excluyendo los puestos de salud, el total de establecimientos de primer nivel del MSP en los que se basará este indicador es 1482 Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Desconocimiento de la normativa (Guía de supervisión de salud del adolescente) para evaluar y calificar un servicio de salud como amigable e inclusivo. - Posible falta de objetividad en el momento de evaluar el servicio si este proceso es realizado por el mismo personal de la unidad operativa.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de unidades de salud de primer nivel que se han certificado como amigables para la atención de adolescentes.
FUENTE DE DATOS		Informes zonales sobre el proceso de certificación de los establecimientos de salud como amigables
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Se deberá evaluar y certificar al servicio anualmente.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública. 2012 2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Distribución de Unidades Operativas por Zonas de Planificación Territorial en el Ecuador. Quito: Coordinación General de Planificación. 2015 3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud de adolescentes- Guía de supervisión. Quito: Dirección Nacional de Normatización. 2014
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		SEPTIEMBRE 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		SEPTIEMBRE 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.1.2. Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables que cuentan con club de adolescentes.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud amigables para la atención a adolescentes que cuentan con un club de adolescentes.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PCA = \frac{NCA}{TEAI} \times 100$ PCA = Porcentaje de establecimientos de salud calificados como amigables para la atención de adolescentes que cuentan con un club para adolescentes. NCA = Número de establecimientos que han recibido la calificación de amigable para la atención de adolescentes que cuentan con un club para adolescentes. TEAI = Total de establecimientos que han recibido la calificación de amigable para la atención de adolescentes	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Establecimiento de salud amigable para la atención de adolescentes. “Los establecimientos amigables reconocen los derechos de la población adolescente. Cuentan con personal sensibilizado, capacitado y competente para brindar atención biopsicosocial, en equipo y en red con los enfoques de diversidad, intercultural, de género, intergeneracional y de derechos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. Incluyen tanto la prevención de los problemas como la promoción, el tratamiento y rehabilitación. Actúan integrados y en coordinación con otros niveles de atención y consideran a las personas en su ciclo de vida, no limitando a la atención de la salud física, ni a un determinado episodio de enfermedad, sino a ayudar en toda la problemática biosicosocial de la persona.”(1) Club de adolescentes: Espacio de empoderamiento, conocimiento y fortalecimiento de habilidades dirigido a los y las adolescentes.	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: % de los establecimientos de salud calificados como amigables e inclusivos para la atención a adolescentes que cuentan con un club para adolescentes. En este caso para definir el Numerador: Se consideran todos los establecimientos de primer nivel del MSP que han recibido la calificación de amigables e inclusivos para la atención a adolescentes que han reportado contar con un club de adolescentes.	

Para el cálculo del Denominador: Se consideran el total de establecimientos de primer nivel del MSP que han recibido la calificación de amigables e inclusivos para la atención a adolescentes. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS	- Desconocimiento de la normativa (Guía de supervisión de salud del adolescente) para evaluar y calificar un servicio de salud como amigable e inclusivo. - Posible falta de objetividad en el momento de evaluar el servicio si este proceso es realizado por el mismo personal de la unidad operativa.	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador permitirá medir el porcentaje de unidades de salud de primer nivel que se han certificado como amigables e inclusivas para la atención de adolescentes que cuentan con un club de adolescentes.	
FUENTE DE DATOS	Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR de las Zonas	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Se deberá evaluar y comprobar la existencia del club semestralmente.	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2017 (desde su implementación)	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud de adolescentes- Guía de supervisión. Quito: Dirección Nacional de Normatización. 2014	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	SEPTIEMBRE 2016	

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		SEPTIEMBRE 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.1.3. Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PESEAPSA} = \frac{\text{NESRIAPSA}}{\text{TESEAPSA}} \times 100$ PESEAPSA = Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes. NESRIAPSA = Número de establecimientos de salud que reportan la implementación de acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes. TESEAPSA = Total de establecimientos de salud del MSP que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes.	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
Establecimientos de salud Acciones de promoción Adolescentes		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: % de establecimientos de salud del MSP que se encuentran ejecutando acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes. En este caso para definir el Numerador: Se consideran todos los establecimientos de salud del MSP que han reportado ejecutar acciones de promoción de la salud dirigida a adolescentes. Para el cálculo del Denominador: Se consideran el total de establecimientos de salud del MSP Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Desconocimiento de la normativa (Guía de supervisión de salud del adolescente por parte del personal de salud. - Posible falta de objetividad en el momento de evaluar el servicio si este proceso es realizado por el mismo personal de la unidad operativa.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de establecimientos de salud que realizan acciones de promociones de salud con adolescentes.
FUENTE DE DATOS		Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR de las Zonas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Se deberá evaluar las acciones de promoción con adolescentes semestralmente.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública. 2012 2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Distribución de Unidades Operativas por Zonas de Planificación Territorial en el Ecuador. Quito: Coordinación General de Planificación. 2015 3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud de adolescentes- Guía de supervisión. Quito: Dirección Nacional de Normatización. 2014
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		SEPTIEMBRE 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		SEPTIEMBRE 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.1.4. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de establecimientos de salud que están implementando la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PESIGSSA = \frac{NESIGSSA}{TESIGSSA} \times 100$ PESIGSSA = Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran implementando la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes NESIGSSA = Número de establecimientos de salud que reportan la implementación de la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes TESIGSSA = Total de establecimientos de salud del MSP que implementan la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Establecimientos de salud (1) Guía de Supervisión de Salud de Adolescentes (2)	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: % de establecimientos de salud del MSP que se encuentran implementando la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes En este caso para definir el Numerador: Se consideran todos los establecimientos de salud del MSP que se encuentran implementando la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes Para el cálculo del Denominador: Se consideran el total de establecimientos de salud del MSP. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	

LIMITACIONES TÉCNICAS		- Desconocimiento de la normativa (Guía de supervisión de salud del adolescente por parte del personal de salud. - Posible falta de objetividad en el momento de evaluar el servicio si este proceso es realizado por el mismo personal de la unidad operativa.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de establecimientos de salud que se encuentran implementando la Guía de Supervisión Salud de Adolescentes
FUENTE DE DATOS		Informes trimestrales de actividades de promoción de la SSSR de las Zonas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Se deberá monitorear y evaluar a las unidades de salud sobre la implementación de la guía, trimestralmente.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2017 (desde su implementación)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud de primer nivel.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública. 2012 5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud de adolescentes- Guía de supervisión. Quito: Dirección Nacional de Normatización. 2014
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		SEPTIEMBRE 2016

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		SEPTIEMBRE 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.2.1. % de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 10 a 14 años atendidos en el SNS.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PAAEOSNS = \frac{AAEOSNS_{(10-14 \text{ años})}}{TAAEOSNS_{(10-14 \text{ años})}} \times 100$ PAAEOSNS = Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años atendidas por un evento obstétrico en el Sistema Nacional de Salud AAEOSNS = Adolescente de 10 a 14 años que fueron atendidas por un evento obstétrico en el Sistema Nacional de Salud TAAEOSNS_(10-14 años) = Total de adolescentes de 10 a 14 años atendidas el por un evento obstétrico Sistema Nacional de Salud	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Adolescentes Se define a la adolescencia como la etapa que va de los 10 a 19 años y considera la adolescencia temprana de los 10 a 14 y la adolescencia tardía 15 a los 19. 2. Evento Obstétrico: Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos: 3. Parto.- Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados. 4. Cesárea.- Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.. 5. Aborto.- Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. 6. Embarazo ectópico.- Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentosa son muy raras. 7. Mola Hidatiforme – Enfermedad Trofoblástica Gestacional.- Agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo; tiene clínica, conducta, potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG-B) (1).	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de adolescentes con parto, cesárea y aborto (incluyen mola hidatiforme y embarazo ectópico) atendidas en el Sistema Nacional de Salud. Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de adolescentes fueron atendidas por un parto, cesárea y aborto (incluyen mola hidatiforme y embarazo ectópico Sistema Nacional de Salud). Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	Desconocimiento del proceso de medición Información se valida anualmente y mensualmente son sujetos a variación
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.
FUENTE DE DATOS		Egresos hospitalarios del INEC
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Trimestral
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 Al ser un indicador compuesto, se tomará para los porcentajes el total de partos, cesáreas y aborto y para el presupuesto referencial el tarifario del Sistema Nacional de Salud año 2014.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Septiembre 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Septiembre 2016
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL		
ELABORADO POR		Dirección Nacional de Promoción de la Salud Gestión Interna de sexual y salud reproductiva

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.2.2. % de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el SNS.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PAAEOSNS = \frac{AAEOSNS_{(15-19 \text{ años})}}{TAAEOSNS_{(15-19 \text{ años})}} \times 100$ PAAEOSNS = Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años atendidas por un evento obstétrico en el Sistema Nacional de Salud AAEOSNS = Adolescente de 15 a 19 años que fueron atendidas por un evento obstétrico en el Sistema Nacional de Salud TAAEOSNS_(15-19 años) = Total de adolescentes de 15 a 19 años atendidas por un evento obstétrico en el Sistema Nacional de Salud	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
1. Adolescentes Se define a la adolescencia como la etapa que va de los 10 a 19 años y considera la adolescencia temprana de los 10 a 14 y la adolescencia tardía 15 a los 19. 2. Evento Obstétrico: Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos: 3. Parto.- Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados. 4. Cesárea.- Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. 5. Aborto.- Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. 6. Embarazo ectópico.- Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentosa son muy raras. 7. Mola Hidatiforme – Enfermedad Trofoblástica Gestacional.- Agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo; tiene clínica, conducta, potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (HCG-B).	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de adolescentes con parto, cesárea y aborto (incluyen mola hidatiforme y embarazo ectópico) atendidas en el <i>Sistema Nacional de Salud</i>. Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de adolescentes fueron atendidas por un parto, cesárea y aborto (incluyen mola hidatiforme y embarazo ectópico <i>Sistema Nacional de Salud</i>. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS	Desconocimiento del proceso de medición Información se valida anualmente y mensualmente son sujetos a variación	
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador permitirá medir el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que fueron atendidas por un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) en el Sistema Nacional de Salud.	
FUENTE DE DATOS	Egresos hospitalarios del INEC año 2014	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Trimestral	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2016 Al ser un indicador compuesto, se tomará para los porcentajes el total de partos, cesáreas y aborto y para el presupuesto referencial el tarifario del Sistema Nacional de Salud año 2014.	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica

RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Septiembre 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Septiembre 2016
SINTAXIS	
No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción Gestión Interna de salud sexual y salud reproductiva

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.2.3. Cobertura de planificación familiar a adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.
DEFINICIÓN	Define el incremento del número de las primeras consultas de Planificación Familiar a adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención expresada en porcentaje.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$CPFA = \frac{NPCPFAESPAMSP}{PMEF} \times 100$ CPFA = Cobertura de Planificación Familiar a Adolescentes NPCPFAESPAMSP = Número de Primeras Consultas de Planificación Familiar a Adolescentes en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del MSP. PMEF = Población de Mujeres en Edad Fértil	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
Usuarías Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención. Anticoncepción(1). Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en: *Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad: estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2). *Métodos Artificiales: cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación: Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador. Primeras consultas en Planificación Familiar: se considerará como primeras consultas de planificación familiar a las consultas (Ver tabla 1). Adolescentes: Se define a la adolescencia como el ciclo de vida comprendido entre los 10 a 19 años y que considera la adolescencia temprana entre los 10 a 14 y la adolescencia tardía 15 a los 19 (3).	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide:

% el de las primeras consultas de Planificación Familiar a adolescentes en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP

En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de Primeras Consultas de Planificación Familiar a adolescentes en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del MSP. Se considerará como primeras consultas de planificación familiar a adolescentes a las consultas realizadas por un profesional médico u obstetrix a las usuarias comprendidas entre 10 y 19 años, con CIE10 de Primeras Prevención, que estén en cualquier de los 3 CIE del RDACAA:

Tabla 1. Códigos CIE 10 de Planificación Familiar Primeras Prevención, a Considerarse Para el Cálculo del Indicador de Cobertura de Planificación Familiar

CIE 10	DESCRIPCION CIE10
Z3001	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos orales combinados
Z3002	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos orales solo progesterona
Z3003	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivos inyectables
Z3004	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivo oral de emergencia
Z3010	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Anillo vaginal
Z3011	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Parche transdermico
Z3012	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación implante implantesubdérmico
Z3013	Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación DIU
Z3081	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción Recuento espermático postvasectomía Condón masculino
Z3082	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción Recuento espermático post vasectomía. Condón femenino
Z3911	Atención y examen de madre en periodo de lactancia Supervisión de la lactancia Amenorrea de la lactancia (mela)
Z300	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción

Z301	Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z302	Esterilización
Z308	Otras atenciones especificadas para la anticoncepción
Z309	Asistencia para la anticoncepción no especificada
Z310	Tubo plastia o vaso plastia posterior a esterilización
Z316	Consejo y asesoramiento general sobre la procreación
Z318	Otra atención especificada para la procreación
Z319	Atención no especificada relacionada con la procreación

Para el cálculo del **Denominador**: se considera la suma total de mujeres en edad fértil.

Finalmente para obtener el valor del **Porcentaje**, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS	Barreras de acceso a los servicios de salud. Desconocimiento por parte de los profesionales de salud de la importancia de un adecuado registro de las prestaciones de planificación familiar. No se puede contar con la información validada mensual por parte del RDACAA. Escasa infraestructura tecnológica en los establecimientos de salud lo cual dificulta un adecuado registro de la información.
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Porcentaje de incremento en las coberturas de las primeras consultas de Planificación Familiar a adolescentes.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Incremento del número de primeras consultas de Planificación Familiar a adolescentes (10 a 19 años) en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR: Fuente de datos RDACAA. DENOMINADOR: INEC (Proyección de población de mujeres en edad fértil) Nota: Los datos reportados por el RDACAA serán entregados en calidad de provisionales en caso de que así lo sugiera la Dirección de Estadística y Análisis de la Información.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Trimestral

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		La línea base que se tomará como punto de partida es la cobertura de Planificación Familiar del 2014. Es necesario considerar que desde agosto de 2014 con la implementación al 100% del "Reglamento que regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490" el mismo incorporó al RDACAA el registro de entrega de MAC subsecuentes y AOE por lo que se esperaría un incremento en el indicador de cobertura de planificación familiar.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal y Distrital
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 Objetivos 3 de Desarrollo Sostenible
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. 7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007. 8. Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitario e Intercultural MAIS – FCI. 2012.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Septiembre, 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Septiembre, 2016
SINTAXIS		
Este indicador depende del trabajo constante del Ministerio de Salud Pública con la implementación al 100% del "Reglamento para regula el acceso a métodos anticonceptivos -Acuerdo Ministerial 2490", en corresponsabilidad con las Direcciones Nacionales de: Primer Nivel, Promoción de la Salud, Estadística y Análisis de la Información, Calidad de los Servicios de Salud y en especial de la responsabilidad que debe tener cada profesional de la salud en territorio sobre la importancia de registrar de manera adecuada las prestaciones de planificación familiar.		

CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	• Dirección Nacional de Promoción de la Salud Gestión interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. • Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.2.4. Porcentaje de usuarias adolescentes que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación familiar post evento obstétricoantes del egreso del establecimiento de salud.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de usuarias adolescentes post evento obstétrico, que fueron asesoradas en anticoncepción y registradas en la historia clínica materna perinatal“Formulario 051”.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$PUAAPEORAAC = \frac{UAAPEORAAC}{TUAPEO} \times 100$ PUAAPEORAAC=Porcentaje de usuarias adolescentes atendidas en el post evento obstétrico y que recibieron asesoría en anticoncepción. UAAPEORAAC=Usuarias adolescentes que fueron atendidas el post evento obstétrico (parto, cesárea y aborto), y que recibieron asesoría de anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal formulario 051. TUAPEO=Total de usuarias adolescentes atendidas el post evento obstétrico (parto, cesárea, y aborto), con registro de la historia clínica perinatal formulario 051.	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Usuaris

Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención.

Asesoría en planificación familiar y anticoncepción

Es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación de salud, implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerrequisitos: 1. El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos que debe ser respetado en cualquier situación vital, condición social, cultural, étnico, religiosa, y opción sexual y reproductiva; 2. En redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y salud y se desarrolla la no maleficencia ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta la opción de decidir de ésta, sin discriminarla por ninguna condición. El asesoramiento en planificación familiar se desarrolla de manera consecutiva e integrada en los 3 niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as abordando de forma integral aspectos bio-psico-sociales individualizando por ende el proceso de atención, generando respuestas para reducción de riesgos y daños en salud en el marco de la toma de decisión asertiva por la usuaria/o; este proceso debe considerar la confianza, la confidencialidad, individualidad, y la libertad (1).

Anticoncepción

Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en:

***Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad:** estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2).

***Métodos Artificiales:** cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación:

Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador.

Evento Obstétrico:

Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos:

- **Parto.-** Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados.
- **Cesárea.-** Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención..
- **Aborto.-** Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

Post Evento Obstétrico Toda acción o procedimiento que ocurra o se realice posterior a un parto, cesárea, o aborto. Historia Clínica Perinatal (formulario 051) Comprende la Historia Clínica Perinatal, los formularios complementarios y un componente informático que contiene programas para el procesamiento de la información, así como ayudas multimediales. Formulario 051. Adolescentes: Se define a la adolescencia como el ciclo de vida comprendido entre los 10 a 19 años y que considera la adolescencia temprana entre los 10 a 14 y la adolescencia tardía 15 a los 19 (5).	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>% de usuarias adolescentes en el post evento obstétrico que recibieron asesoría en anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal 051.</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de usuarias adolescentes con parto, cesárea y aborto, que recibieron asesoría de anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal (051). Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de usuarias adolescentes que egresaron después de un parto, cesárea y aborto, atendidas en el establecimiento de salud. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.	
LIMITACIONES TÉCNICAS	- Mal llenado del Formulario 051 - Desconocimiento del proceso de medición
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES	Número de usuarias que fueron atendidas en post parto, cesárea, o aborto y que recibieron asesoría en métodos anticonceptivos.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador permitirá medir el porcentaje de usuarias que fueron atendidas posteriores al parto, cesárea, o aborto, y que recibieron asesoría en anticoncepción y planificación.
FUENTE DE DATOS	Formulario 051 – SIP- CLAP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES	Deberá registrarse los datos en el formulario 051 de manera completa y obligatoria. La periodicidad con la que será medida este indicador será cada cuatrimestre.

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 (desde su implementación) En aquellas unidades que cuentan con SIP – CLAP los datos estarán disponibles en consolidado. Para los establecimientos que aún no cuentan con este sistema se deberá realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud donde hay atención de parto, aborto, cesárea.
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, and Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008 Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pág. 17, 18. 2010. - Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007. - MSP, CONASA. Componente Normativo Neonatal. 2008 Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. Guía de Práctica Clínica (GPC), Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, pág 227. MSP 2013 - Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html. Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008. - Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitario e Intercultural MAIS – FCI. 2012.
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Septiembre 2016
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA		Septiembre 2016

SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud Dirección Nacional de Hospitales	

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	8.2.5. Porcentaje de usuarias adolescentes atendidas en el post evento obstétrico que accedieron a un método anticonceptivo antes del egreso del establecimiento de salud.
DEFINICIÓN	Es un indicador de proceso que mide el porcentaje de usuarias adolescentes post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y fueron registradas en la historia clínica materna perinatal "Formulario 051".
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$\text{PUAAPEOAMAC} = \frac{\text{UAAPEOAMAC}}{\text{TUAAPEO}} \times 100$ PUAAPEOAMAC = Porcentaje de usuarias adolescentes atendidas en el post evento obstétrico y que accedieron a un método anticonceptivo. UAAPEOAMAC= Usuarias adolescentes que fueron atendidas el post evento obstétrico, y que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal formulario 051. TUAAPEO=Total de usuarias adolescentes atendidas el post evento obstétrico, con registro de la historia clínica perinatal formulario 051.	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Usuaris

Son aquellas personas que reciben el servicio de la atención.

Anticoncepción(1).

Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos se dividen en:

***Métodos Basados en el Conocimiento de la fertilidad:** estos métodos requieren de la cooperación de la pareja, pues debe haber un compromiso a usar otros métodos durante los días fértiles de la mujer incluyendo la abstinencia como una de las opciones. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, de acuerdo a reglas del método específicas. La eficacia de estos métodos dependen de la usuaria; el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otros métodos; tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica (2).

***Métodos Artificiales:** cada uno de estos métodos utiliza diferentes mecanismos de acción evidenciados científicamente; entre estos se destaca la siguiente clasificación:

Métodos temporales hormonales, Métodos temporales intrauterinos, Métodos de barrera, Métodos definitivos quirúrgicos; cada uno con su sub clasificación respectiva (1). Para mayor información respecto a cada método referirse a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar 2010 del MSP del Ecuador.

Evento Obstétrico:

Se considera un evento obstétrico a los siguientes procesos:

- **Parto.-** Aquel que comienza espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presencia cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Incluye partos complicados.
- **Cesárea.-** Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.
- **Aborto.-** Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

Post Evento Obstétrico

Toda acción o procedimiento que ocurra o se realice posterior a un parto, cesárea, o aborto.

Historia Clínica Perinatal (formulario 051)

Comprende la Historia Clínica Perinatal, los formularios complementarios y un componente informático que contiene programas para el procesamiento de la información, así como ayudas multimediales. Formulario 051.

Adolescentes: Se define a la adolescencia como el ciclo de vida comprendido entre los 10 a 19 años y que considera la adolescencia temprana entre los 10 a 14 y la adolescencia tardía 15 a los 19 (5).

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Como se muestra en la fórmula de cálculo es un indicador que mide: <i>% de usuarias adolescentes en el post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal 051</i> En este caso para definir el Numerador: Se considera la sumatoria del número de usuarias adolescentes con partos, cesáreas, y abortos que recibieron anticoncepción y se registró en la historia clínica perinatal (051). Para el cálculo del Denominador: se considera la suma total de usuarias adolescentes que egresaron después de un parto o cesárea atendidas en el establecimiento de salud. Finalmente para obtener el valor del Porcentaje, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		- Mal llenado del Formulario 051 - Desconocimiento del proceso de medición
UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES		Número de usuarias adolescentes que fueron atendidas en post parto, cesárea, o aborto y que recibieron un método anticonceptivo.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Este indicador permitirá medir el porcentaje de usuarias adolescentes que fueron atendidas posterior al parto, cesárea, y aborto, y que tuvieron acceso a un método anticonceptivo
FUENTE DE DATOS		Formulario 0051 – SIP-CLAP
PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES		Deberá registrarse los datos en el formulario 051 de manera completa y obligatoria. La periodicidad con la que será medida este indicador será cada cuatrimestre.
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		2016 (desde su implementación) En aquellas unidades que cuentan con SIP – CLAP los datos estarán disponibles en consolidado. Para los establecimientos que aún no cuentan con este sistema se deberá realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas.
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Zonal, Distrital, Establecimientos de salud
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica

INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 Constitución Política del Estado (2008) CLAP, OPS- OMS, CAECID, USAID, Canadian International development Agency. Estrategia de Monitoreo y Evaluación. Plan de acción para acelerar la reducción de lamortalidad materna y la morbilidad materna grave. 2008	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Pag. 17, 18. 2010. - Organización Mundial de la Salud (OMS), Planificación Familiar, Un manual para proveedores orientación basada en la evidencia. 2007. - MSP, CONASA. Componente Normativo Neonatal.2008 Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. Guía de Práctica Clínica (GPC), Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, MSP 2013 - Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008. http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/anticonceptivo.html. Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención materna – Neonatal, Agosto del 2008. - Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar Comunitario e Intercultural MAIS – FCI. 2012.	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Septiembre 2016	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA	Septiembre 2016	
SINTAXIS		
No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Dirección Nacional de Promoción de la Salud – Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información en Salud Dirección Nacional de Hospitales	

ISBN: 978-9942-22-125-4



9 789942 221254