



Términos de Referencia

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA CONSULTORÍA INDIVIDUAL ELABORACIÓN DEL CAPÍTULO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD MATERNA DEL DOCUMENTO “ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN EN BOLIVIA”

1. Oficina que contrata: UNFPA Bolivia

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) tiene previsto realizar la actualización del documento “Análisis de la Situación de la Población en Bolivia”, mismo que, a partir del análisis de la situación socioeconómica, demográfica y de la salud sexual y de la salud reproductiva del país, permite conocer las dinámicas de la población y la identificación de desigualdades que se dan al interior del territorio y por grupos poblacionales, de manera que se promueva el debate y la generación de políticas públicas que permitan cumplir con la implementación del Consenso de Montevideo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030.

Este documento contará con varios capítulos. El capítulo cuarto se centra en el pilar Salud de los ODS el cual está estrechamente ligado a los ODS de los sectores social, económico y medioambiental. El objetivo del pilar Salud de los ODS es garantizar una vida sana y promover el bienestar de las personas en todas las edades a través de la mejora en la salud sexual y reproductiva, materna y de la niñez, dando fin a las epidemias de las enfermedades transmisibles más relevantes, reduciendo las enfermedades no transmisibles, logrando cobertura universal de salud, y asegurando el acceso universal a medicamentos y vacunas seguras, asequibles y efectivas. Los temas específicos que deben ser abordados en este capítulo son: morbilidad, mortalidad y transición epidemiológica; supervivencia de la niñez; salud y derechos sexuales y reproductivos con especial atención en la juventud; y los sistemas de salud con especial atención en la salud sexual y reproductiva.

2. Propósito de la consultoría:

Contar con un documento analítico sobre la situación de la salud y derechos sexuales y reproductivos en el país, a través de una revisión la normativa y marco jurídico vigente, revisión histórica de datos e información estadística, orientado a la identificación de brechas y desigualdades entre grupos poblacionales (mujeres, adolescentes, indígenas y afrodescendientes, personas con discapacidad, LGBTI), así como la formulación de oportunidades y desafíos, haciendo énfasis en los siguientes temas:

- A. Morbilidad, mortalidad y transición epidemiológica.
- B. Supervivencia infantil.
- C. Salud y derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la vida para las y los jóvenes.
- D. Sistema y servicios de salud.
- E. Resumen y conclusiones.

La contratación de esta consultoría se encuentra enmarcada en el Resultado 4 – Dinámicas de la Población del Programa País 2018-2022, y coadyuvará a la generación de evidencias sobre las dinámicas de población y sus vínculos con la pobreza, el desarrollo sostenible y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

3. Alcance del trabajo:

Para el desarrollo de la consultoría, el/la consultor/a realizará la revisión documental de normas, leyes y reglamentos identificando cambios o modificaciones que deban ser destacados. Asimismo, el consultor deberá recurrir a fuentes de información estadística secundaria nacionales (encuestas de demografía y salud, encuestas a hogares, encuestas de demografía y salud, registros administrativos y otras) que brinden información oficial e histórica para mostrar el estado actual, el cambio en el tiempo, las brechas e desigualdades en los temas de salud sexual y reproductiva y salud materna.

Es deseable que el informe cuente con comparaciones a nivel regional o global, para lo cual el/la consultor/a debe recurrir a informes de organismos internacionales, según corresponda. Asimismo, para la elaboración del documento se debe procurar, siempre y cuando la información esté disponible, presentar desagregaciones por grupos de edad, sexo, área geográfica, departamento, pertenencia a pueblos indígenas, población con discapacidad y población LGBTI+Q.

El índice comentado y las recomendaciones metodológicas se encuentran desarrolladas en el Anexo Metodológico adjunto a estos TDR.

Producto 1: Primer informe

Que contenga:

- Índice comentado, revisado y ajustado, que incluya el listado de tablas y gráficos que serán desarrollados, así como sus niveles de desagregación, periodo para el cual se presentará información y fuentes de información.
- Plan de trabajo y cronograma.

Producto 2: Segundo informe

Que contenga los capítulos A, B, C y D desarrollados en una primera versión, de acuerdo al siguiente detalle:

A. Morbilidad, mortalidad y transición epidemiológica.

1. Tendencias y diferenciales en los niveles de mortalidad.

Esta sección debe presentar tendencias en la mortalidad al examinar cambios en las perspectivas de supervivencia en varias etapas del curso de la vida (niñas y niños, adolescentes, jóvenes, adultos en edad reproductiva y de trabajar, y adultos mayores).

2. Tasas de mortalidad por causas específicas: La carga de la morbilidad

Esta sección examina la evolución de la situación epidemiológica del país, con particular referencia a la evolución de las enfermedades infecto contagiosas versus las degenerativas.

3. Morbilidad y mortalidad materna

a) Mortalidad materna

El/la consultor/a debe analizar las tendencias en la mortalidad materna. En caso de ser posible se deben incluir tendencias por área geográfica y por edad para mostrar las tendencias en la mortalidad materna en adolescentes.

b) Morbilidad materna

i. Cáncer en órganos reproductivos

El/la consultor/a deberá usar información del país para evaluar la distribución y las tendencias en los diferentes tipos de cáncer de órganos reproductivos, con énfasis en el cáncer de cuello uterino, de mama y de próstata.

ii. Preeclampsia, eclampsia y hemorragias

El/la consultor/a deberá usar información del país para evaluar la incidencia y prevalencia, por edad, sexo y por área geográfica.

4. Malaria

El/la consultor/a debe evaluar las tendencias en la morbilidad y mortalidad de la malaria desagregando los índices por edad, sexo y por área geográfica.

5. Dengue, Chikungunya y Zika

El/la consultor/a debe evaluar las tendencias en número de casos, incidencia y secuelas por edad, sexo y por área geográfica.

6. Tuberculosis

El análisis en esta sección debe poner atención a la prevalencia de la tuberculosis incluyendo la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, detección de nuevos casos y respuestas programáticas.

B. Supervivencia infantil

Esta sección debe centrarse en los factores (como el lugar de residencia, el nivel de educación materna, los niveles de pobreza, etc.) que influyen en la mortalidad infantil y

niños/as de menores de cinco años, así como en los determinantes de la supervivencia infantil.

C. Salud sexual y reproductiva y derechos y salud a lo largo de la vida para las y los adolescentes y jóvenes.

1. Reproducción

El/la consultor/a debe presentar las diferencias actuales y las tendencias en las tasas general de fecundidad y específica de fecundidad en adolescentes, haciendo énfasis en el embarazo infantil (menores de 15 años).

2. Aborto

En esta sección se debe prestar atención al aborto inducido y el aborto legal, su incidencia y la morbilidad relacionada con el mismo. También debe presentar información de número de casos, causales, edades y distribución geográfica.

3. Infecciones de transmisión sexual

En esta sección se debe evaluar la información y los servicios de salud que son ofrecidos a las y los adolescentes para proteger su salud sexual y reproductiva, así como las medidas preventivas disponibles como la vacuna contra el VPH.

4. VIH/SIDA

El/la consultor/a deberá documentar una serie de indicadores a nivel de país para dar cuenta sobre el control de la propagación de la pandemia del VIH/SIDA.

D. Sistema y servicios de salud

1. Sistema de salud

El/la consultor/a debe presentar una descripción sobre la política de salud y los principales cambios ocurridos en el último periodo, así como su organización. También se deben describir las principales características del Sistema Único de Salud (SUS), beneficiarios, y otros.

En esta sección también se debe evaluar la cobertura del sistema de salud, a través de indicadores de cobertura de servicios de salud, para determinar el acceso a los servicios de salud con énfasis en la salud reproductiva.

2. Capacidad del sistema de salud de proveer servicios de atención de salud materna, atención diferenciada a adolescentes, atención a personas con discapacidad, atención a personas LGBTI+Q y atención a la violencia

El/la consultor/a puede recurrir a indicadores de Atención Obstétrica de Emergencia que son esenciales para monitorear las tendencias en atención

obstétrica por parte del personal de las instituciones de salud, y para los planificadores y gerentes de programas para medir la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios que son críticos para reducir la mortalidad materna y neonatal. Para este análisis, se debe tomar en cuenta el nivel de atención de los establecimientos de salud y su capacidad resolutive.

Asimismo, se debe buscar información sobre la atención a poblaciones específicas, para medir la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios.

Producto 3: Informe final

Que contenga la versión final de todos los capítulos desarrollados, además de incluir el resumen y conclusiones:

E. Resumen y conclusiones.

Con base en los principales desafíos y prioridades de la población que enfrenta el país, identificar áreas estratégicas para la acción y opciones para implementar políticas que mejoren la calidad de vida de las personas, reduzcan la pobreza y la desigualdad social y promuevan una mayor igualdad de género.

4. Duración y horario de trabajo:

La consultoría tendrá una duración de noventa días (90) calendario a partir de la firma del contrato, y no contempla horario fijo debido a su naturaleza externa y por producto.

5. Lugar donde se desarrollará la consultoría:

La consultoría tendrá lugar en la ciudad de La Paz-Bolivia, no se prevé la realización de viajes al interior o exterior del país. El/la consultor/a trabajará desde su domicilio.

6. Seguimiento y control del progreso, incluidos los requisitos de presentación de informes, formato, periodicidad y plazo de entrega:

N°	Productos esperados	Formato de entrega	Plazo de Entrega
1	<u>Producto 1: Primer informe</u> - Índice comentando revisado ajustado, que incluya el listado de tablas y gráficos que serán desarrollados, así como sus niveles de desagregación, periodo para el cual se presentará información y fuentes de información. - Plan de trabajo y cronograma.	Impreso y digital	10 días calendario posteriores a la fecha de inicio de contrato
2	<u>Producto 2: Segundo informe</u> Que contenga los capítulos A, B, C y D desarrollados en una primera versión	Impreso y digital	70 días calendario posteriores a la fecha de inicio de contrato

N°	Productos esperados	Formato de entrega	Plazo de Entrega
3	Producto 3: Informe final Que contenga la versión final de todos los capítulos desarrollados, además de incluir el resumen y conclusiones (capítulo E)	Impreso y digital	90 días calendario posteriores a la fecha de inicio de contrato

7. Arreglos de supervisión:

El consultor/a será supervisado/a por el Analista de Programa M&E del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

8. Requerimiento de viajes:

No se prevé la realización de viajes.

9. Experiencia, calificaciones académicas y competencias requeridas, incluido requerimiento de idioma:

El UNFPA contratará a un/a consultor/a para el desarrollo del estudio quien deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Nacionalidad boliviana o extranjera con permiso para trabajar en Bolivia.
- Profesional en ciencias de la salud.
- Maestría en Salud Pública, deseable.
- Post-grado o diplomado en salud sexual y reproductiva
- Experiencia de trabajo de al menos once (11) años de ejercicio profesional.
- Experiencia de trabajo de al menos diez (10) años en el trabajo en salud sexual y reproductiva.
- Conocimiento de las políticas públicas y normativa del sector salud.
- Experiencia de trabajo de al menos cinco (5) años en organismos de cooperación internacional.
- Al menos una publicación o investigación académica sobre salud sexual y reproductiva (debe adjuntar la copia -en medio digital- de un documento de su autoría).
- Idioma requerido: español.
- Conocimiento en computación: Microsoft office (Word, Excel, Power Point).

10. Insumos/servicios a ser proporcionados por UNFPA o el socio en la implementación (por ejemplo, servicios de apoyo, espacio de oficina, equipamiento), si aplicable:

No aplica

11. Otra información relevante o condiciones especiales, si existieran:

Ninguna

ANEXO METODOLÓGICO

El objetivo Salud en el marco de los ODS está muy relacionado con los objetivos social, económico y medioambiental. La acción intersectorial enfatiza la promoción y prevención de los problemas de salud, la necesidad de dar fin a la pobreza e impulsar la prosperidad compartida, incluido el crecimiento económico inclusivo sobre la base de inversiones en salud, educación y protección de todos los ciudadanos y las ciudadanas. Para eliminar la pobreza extrema al 2030, los países deben garantizar que sus ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad y asequibles dado que la salud produce beneficios económicos a los países. Estudios han demostrado que incrementos en la expectativa de vida y bajas tasas de mortalidad infantil están relacionados con el crecimiento económico. Personas saludables son más productivas, y niñas y niños saludables se desarrollan mejor y se convierten en adultos productivos que contribuyen al crecimiento económico de sus países. En este sentido, muchos indicadores usados para evaluar el desarrollo humano se relacionan con la mortalidad, e indicadores de mortalidad frecuentemente son medidas inversas de la salud de la población. La muerte prematura e innecesaria, particularmente durante la adultez, resulta en una pérdida de la inversión social y económica realizada en esa persona y por tanto causa una pérdida económica.

En esta década, la carga global de la morbilidad se ha desplazado hacia enfermedades y lesiones no transmisibles incluyendo las relacionadas con el envejecimiento. Al mismo tiempo, la nutrición materna y desordenes neonatales son persistentes en países en desarrollo, muchos de los cuales son prevenibles. Estos factores son el resultado de la transición demográfica que está en curso acompañada por la transición epidemiológica. Las enfermedades emergentes están relacionadas con los nuevos estilos de vida que son un reflejo de la vida moderna, así como las muertes y discapacidades causadas por la violencia que afectan principalmente a hombres y a adultos jóvenes, especialmente a los pobres y, en algunos países, a ciertos grupos étnicos o culturales. En países con niveles intermedios de desarrollo, las enfermedades crónicas degenerativas deberían ser añadidas a las enfermedades infecto contagiosas que predominaron en el pasado y que no han sido adecuadamente controladas.

A pesar de las mejoras en los indicadores de salud, persisten marcadas disparidades al interior de los países, mostrando las persistentes desigualdades inherentes a un modelo de desarrollo que continúa dejando a muchos atrás. Como resultado, un número importante de países de todos los niveles de desarrollo están adoptando el objetivo de cobertura de salud universal (CSU), que es un componente importante de los ODS específicamente el relacionado con: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Uno de los acuerdos más importantes de la Cumbre Mundial de 2005 fue la inclusión de un objetivo para lograr el “acceso universal a salud reproductiva” para 2015. El logro de acceso universal a salud y derechos sexuales y reproductivos dependerá del fortalecimiento de los sistemas de salud a través de la expansión de su alcance e integralidad de manera holística. Sólidos sistemas de salud son fundamentales para mantener la buena salud a lo largo del ciclo de vida y gestionar las amenazas a la salud. Los elementos necesarios para el funcionamiento de los sistemas de salud incluyen: liderazgo y gobernanza, recursos humanos, financiamiento, información e investigación, acceso a medicamentos y tecnología médica y la entrega de servicios.

Una parte central de la elaboración del documento es la disponibilidad y calidad de la información, porque este proceso es intensivo en el uso y análisis de información; por lo que se debe prestar atención a la capacidad del sistema estadístico de proveer la información requerida. Se requiere una aproximación exhaustiva, requiriendo datos y análisis de información a nivel macro, a nivel de sectores clave, a nivel

hogares e individuos. El ASP a tiempo de cumplir los ODS, necesita movilizar la revolución de datos para todas las personas.

A. Morbilidad, mortalidad y transición epidemiológica.

En el mundo, muchos países han experimentado cambios estructurales en los patrones de enfermedades concomitantes con la transformación de los patrones de edad de la morbilidad y la mortalidad. En las últimas dos décadas, se han visto enormes progresos en la mejora de la supervivencia. No solo más personas sobreviven a los 60 años, sino que viven incluso hasta edades más avanzadas. A nivel mundial, la esperanza de vida después de los 60 años se ha incrementado de 18 años en el quinquenio 1990-1995 a 20 en el quinquenio 2010-2015, pero la tasa de supervivencia en la vejez se ha incrementado más rápido en los países desarrollados. Casi todas las regiones han observado caídas en las tasas de mortalidad en los menores de cinco años e infantes, aunque los promedios globales para esos indicadores no han alcanzado las metas propuestas en el Programa de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo, sobre todo por los altos niveles de mortalidad infantil y en la niñez persistentes en algunas regiones de África. Algunas áreas han mostrado incrementos temporales en las tasas de mortalidad en adultos desde CIPD (1994), ralentizando el progreso hacia las metas en la esperanza de vida. Es importante tomar en cuenta que el ingreso, educación y fertilidad son algunos de los factores clave para mejorar la salud.

1. Tendencias y diferenciales en los niveles de mortalidad.

Esta sección debe presentar tendencias en la mortalidad al examinar cambios en las perspectivas de supervivencia en varias etapas del curso de la vida (niñas y niños, adolescentes, jóvenes, adultos en edad reproductiva y de trabajar, y adultos mayores). La atención debe ser prestada a cambios en la longevidad, una medida típica de la salud de la población como resultado de mejoras en la salud, así como al incremento del número de personas que viven en la vejez.

Metodología:

Los indicadores típicos para evaluar cambios en la longevidad incluyen: esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad infantil y en la niñez (menores de cinco años), probabilidad de morir entre los 15 y 60 años y la esperanza de vida a los 60 años. Lo aconsejable es que el/la consultor/a use las tablas de vida nacionales o aquellas basadas en las proyecciones poblacionales. Si es posible, se deben realizar descomposiciones de los cambios que han ocurrido en la esperanza de vida al nacer de acuerdo a la contribución de los cambios en el riesgo de mortalidad por edades y sexo. La esperanza de vida al nacer resume el riesgo de mortalidad en todas las edades en la población en un periodo dado en el tiempo. Cambios a través del tiempo en el nivel de esperanza de vida al nacer pueden ser el resultado de cambios en el riesgo de mortalidad en las diferentes etapas de la vida.

Se recomienda que el/la consultor/a examine las desigualdades en la esperanza de vida y sus tendencias debido a que ocurren cambios a lo largo del tiempo y entre poblaciones, reflejando contextos políticos, económicos y epidemiológicos variables. Los cambios en la esperanza de vida muestran la influencia de contextos políticos y sociales en la salud y la longevidad. Por ejemplo, es bien conocido que las mujeres, en promedio, viven más que los hombres a varios niveles (regional, nacional y subnacional) y el análisis de tendencias muestra si estos patrones se mantienen. La brecha de género varía significativamente entre poblaciones y ha cambiado a lo largo del tiempo.

Los países en las primeras etapas de la transición demográfica y epidemiológica tienen diferenciales en la esperanza de vida a favor de las mujeres de aproximadamente 2 a 3 años.

2. Tasas de mortalidad por causas específicas: La carga de la morbilidad

Los cambios en los estilos de vida han cambiado la carga de la morbilidad en muchos países. Los países que tenían predominancia en enfermedades infecciosas transmisibles tienen influencia creciente de las enfermedades no transmisibles. Esta sección examina la evolución de la situación epidemiológica del país, con particular énfasis en la evolución de las enfermedades infecto contagiosas versus las degenerativas.

Metodología

El/ consultor/a debe presentar las tasas de mortalidad por las causas principales y las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades más comunes en la población. Esta información debe estar desagregada por edad y sexo (buscando visibilizar la situación de la población adolescentes y joven), en caso de existir la información, se debería realizar desagregaciones por área geográfica, personas con discapacidad y personas pertenecientes a pueblos indígenas. Asimismo, se espera que se evalúe la contribución de las causas de muerte transmisibles y no transmisibles por edades y sexo. Dada la situación del país, es apropiado prestar especial atención a la morbilidad y mortalidad por violencia, accidentes y auto infligida. Otros patrones peculiares de mortalidad por sexo deben ser comentados y presentados en esta sección.

3. Morbilidad y mortalidad materna

a) Mortalidad materna

Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en el mundo cayó en alrededor 44%. Pero la carga es todavía muy alta en países en desarrollo. Numerosos factores, incluyendo la pobreza y los débiles sistemas de salud, perpetúan las altas tasas de muerte materna. Algunos países han experimentado un incremento en las muertes maternas desde 1990, en parte debido a las muertes relacionados con el VIH. Hemorragias post parto, sepsis, parto obstruido, complicaciones por abortos inseguros y desordenes hipertensivos son entre otros las principales causas de muerte materna, todas esas condiciones son prevenibles. La pobreza y las desigualdades espaciales en el acceso de las mujeres a adecuados cuidados de emergencia obstétrica para el manejo de todas estas condiciones prevalecen en los países con altas tasas de muerte materna. La incidencia de los altos números de muertes maternas refleja el inadecuado alcance de proveedores capacitados y la calidad de los servicios de salud para muchas mujeres pobres, especialmente en áreas rurales o remotas. Entre 2016 y 2030, como parte de la Agenda de Desarrollo Sostenible, el objetivo es reducir la razón global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Ningún país debe tener una razón de mortalidad materna mayor a dos veces la razón promedio global.

Metodología

El/la consultor/a debe analizar las tendencias en la mortalidad materna buscando brechas por edad. En caso de ser posible se deben incluir tendencias por área geográfica, personas con discapacidad y pertenencia a pueblos indígenas para mostrar las tendencias en la mortalidad

materna en adolescentes. El análisis no solo debe basarse en la razón de mortalidad materna, sino incluir otros indicadores relacionados como tasas y el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad, porque estos indicadores muestran diferentes elementos de información. El análisis debe examinar las causas de la muerte materna y considerar si la vigilancia y la respuesta a la muerte materna es oportuna y adecuada.

b) Morbilidad materna

Esta sección se cuenta en una de las condiciones más relegadas y emergentes especialmente en países donde existe una alta prevalencia de enfermedades transmisibles.

i. Cáncer de órganos reproductivos

El cáncer de los órganos reproductivos son importantes causas de la morbilidad y mortalidad en mujeres y hombres. Más de medio millón de mujeres cada año desarrollan cáncer de cuello uterino, el segundo tipo de cáncer más frecuente entre mujeres de 15 a 44 años en el mundo, principalmente en países en desarrollo. De acuerdo a la revisión operacional del CIPD de 2012, el cáncer de seno fue el único problema de salud en el que ningún país logró el nivel de implementación plena. Las razones principales fueron: insuficiente capacidad de implementación y/o baja priorización de las actividades que debían ser realizadas en sistemas de salud sobrecargados. El reporte hizo un llamado por intensificar la educación y la información, así como la abogacía por el cáncer de seno. Dado el crecimiento de enfermedades no transmisibles en países en desarrollo en los que todavía existe una alta prevalencia de enfermedades transmisibles es importante fortalecer las intervenciones propuestas para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con los tipos de cáncer en órganos reproductivos más frecuentes en hombres y mujeres. Tanto el cáncer de cuello uterino como el de seno pueden ser detectados tempranamente dado que se desarrollan en órganos que son fácilmente accesibles por inspección o palpación. La alta prevalencia de infección de VIH tiene implicaciones para la prevención y manejo de cáncer de cuello uterino, siendo que las mujeres VIH positivo tienen más probabilidad de tener Virus del Papiloma Humano (VPH) y displasia cervical que las mujeres VIH negativo.

Por otra parte, analizando la salud de los hombres, es importante conocer la situación y tendencias del cáncer de próstata, que es el cáncer más frecuente entre los hombres, así como las acciones que se están realizando para el tamizaje y detección temprana de esta enfermedad.

Metodología

El/la consultor/a deberá usar información del país para evaluar la distribución y las tendencias en los diferentes tipos de cáncer de órganos reproductivos. Se debe extender la evaluación a los esfuerzos del país para desarrollar sistemas de información que permitan monitorear la incidencia de estas enfermedades (por ejemplo, registros de cáncer). Aproximadamente el 70% de las muertes por cáncer ocurren en países de ingresos bajos o medios, pero la buena calidad de los datos para la incidencia y para la supervivencia es menos disponible.

ii. Preeclampsia, eclampsia y hemorragias

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando asistencia oportuna y eficaz a las mujeres que acuden a consulta por estas complicaciones¹. Si se optimiza la asistencia sanitaria para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres será posible reducir el número de muertes maternas evitables.

Metodología

El/la consultor/a puede calcular incidencia de estas enfermedades, calculando tasas y relaciones desagregadas por grupos de edad.

4. Malaria

La malaria era uno de los objetivos clave del Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ODM 6. Cada vez un mayor número de países están logrando avances para eliminar esta enfermedad, pero la malaria es todavía endémica en algunos países y es una de las principales causas de muerte en países africanos. La OMS ha desarrollado una estrategia global para la malaria 2016-2030, la cual fue adoptada en la Asamblea Mundial de Salud en mayo de 2015. La estrategia tiene 3 pilares: el pilar 1 es asegurar acceso universal a la prevención de la malaria, diagnóstico y tratamiento; el pilar 2 es acelerar los esfuerzos para la eliminación de la malaria y el logro de la condición país libre de malaria; y el pilar 3 es convertir a la vigilancia de la malaria en una intervención central.

Metodología

El/la consultor/a debe evaluar las tendencias en la morbilidad y mortalidad de la malaria desagregando los índices por edad, sexo y por área geográfica (en número de casos por cada 1.000 personas expuestas). La malaria es también una de las mayores causas indirectas de muerte materna en regiones endémicas, por tanto, también se deben evaluar las tendencias en la contribución de la malaria a la mortalidad materna. Se han implementado una serie de intervenciones para abordar los desafíos de la malaria, especialmente para mujeres embarazadas y niñas/os, por lo que también se debe extender la evaluación a la cobertura de estas intervenciones por diferentes grupos de población y unidades administrativas, pobreza según quintiles de riqueza, etc.

¹ Para mayores detalles ver:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70751/WHO_RHR_11.30_spa.pdf;jsessionid=596934BA0A6475FB1B28E00BB3673419?sequence=1.

5. Dengue, Chikungunya y Zika

El actual perfil epidemiológico mundial, muestra que las arbovirosis se han convertido en un problema de importancia en salud pública, dominado mayoritariamente por el Dengue, Chikungunya y Zika, además de brotes de otros arbovirus, como el de las fiebres de Mayaro, del Nilo Occidental y la fiebre amarilla.

Metodología

El/la consultor/a debe evaluar las tendencias en la morbilidad y mortalidad de por estas tres enfermedades desagregando los índices por edad, sexo y por área geográfica (en número de casos por cada 1.000 personas expuestas), así como el número de casos detectados en mujeres embarazadas y sus secuelas. Se han implementado intervenciones para el tratamiento y atención a estas enfermedades, especialmente para mujeres embarazadas y niñas/os, por lo que también se debe extender la evaluación a la cobertura de estas intervenciones por diferentes grupos de población y unidades administrativas, pobreza según quintiles de riqueza, etc. También deberá indagar sobre los sistemas de vigilancia vigentes en el país.

6. Tuberculosis

La estrategia de la OMS para poner fin a la pobreza, aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud 2014, pidió por una reducción del 90% en las muertes por tuberculosis y el 80% de reducción en la tasa de incidencia de tuberculosis para 2030, en comparación con 2015. Sin embargo, la epidemia de la tuberculosis es mayor que la estimada previamente, y el 13 de octubre de 2016, nuevos datos publicados por la OMS en su Reporte Global de la Tuberculosis 2016, muestra que los países deben acelerar sus progresos para prevenir, detectar y tratar la enfermedad si quieren alcanzar los objetivos globales.

Metodología

El análisis en esta sección debe poner atención a la prevalencia de la tuberculosis incluyendo la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, detección de nuevos casos y respuestas programáticas. Adicionalmente, se deben mostrar las tendencias en las tasas de detección de casos de tuberculosis por edad, sexo y área geográfica. La tuberculosis es común en personas con VIH, y las actividades colaborativas tuberculosis/VIH fueron introducidas en 2001 con mayor atención en la detección obligatoria del VIH de todos los pacientes con tuberculosis. En caso que sea posible, se deben mostrar las tendencias en la distribución del número de personas VIH positivas con tuberculosis debido a que la integración de los servicios de tuberculosis/VIH ha mejorado la salud de las personas que padecen estas enfermedades.

B. Supervivencia infantil

Mejorar la salud de las niñas y niños es una responsabilidad de muchos en la lucha contra la pobreza. Las niñas y niños sanos se convierten en adultos sanos: personas que crean mejores vidas para sí mismos, sus comunidades y sus países. Sin embargo, las mejoras en la supervivencia y la salud infantil no se han distribuido por igual y varios países y comunidades continúan enfrentando niveles inaceptablemente altos de mortalidad infantil. Sigue habiendo brechas significativas entre las familias más ricas y más pobres, tanto entre países como dentro de los países. Además, la mayoría de las

mueres en los países de bajos ingresos son causadas por enfermedades infecciosas prevenibles, como neumonía, diarrea y malaria. Los sistemas de salud débiles obstaculizan el progreso en muchos países de ingresos bajos y medios, lo que resulta en un reconocimiento global de la importancia de invertir en el fortalecimiento de los sistemas de salud, con un enfoque particular en el fortalecimiento de la comunidad como un componente integral del sistema de salud más amplio. El progreso en la reducción de las muertes que ocurren dentro del primer mes de vida (el período neonatal) ha sido más lento. La proporción de muertes neonatales entre las muertes de menores de cinco años en todo el mundo aumentó del 37% en 1990 al 44% en 2012. Todavía hay desafíos importantes con respecto a la mortalidad infantil y de la niñez, como se indica en los informes mundiales y regionales. UNICEF (2015) identificó otras áreas de enfoque con el objetivo de cumplir la promesa del ODM 4: reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos tercios, entre 1990 y 2015; y continuar la lucha más allá de 2015, hasta que ningún niño o madre muera por causas prevenibles. Para que esto se actualice, se deben iniciar cinco acciones prioritarias, las cuales son:

- Incrementar los esfuerzos en los países que enfrentan los mayores desafíos en la mortalidad de menores de cinco años;
- Ampliar el acceso a las poblaciones desatendidas en todas partes;
- Abordar las causas que explican la mayoría de las muertes de menores de cinco años;
- Mayor énfasis en los impulsores subyacentes de la mortalidad infantil, como la educación y el empoderamiento de las mujeres;
- Reunirse en torno a un objetivo compartido y usar métricas comunes para seguir el progreso.

Metodología

Dado que los niveles y las tendencias en las tasas de mortalidad infantil y de niños/as menores de cinco años se tratan en la sección 4.1. Esta sección debe centrarse en los factores (como el lugar de residencia, el nivel de educación materna, los niveles de pobreza, etc.) que influyen en la mortalidad infantil y de niños/as de menores de cinco años. El análisis de los determinantes de la supervivencia infantil debe incluir; estado nutricional, agua y saneamiento, uso de intervenciones de salud comprobadas (como atención prenatal, parto por personal de salud, inmunización, etc.). Tenga en cuenta que el uso de intervenciones de salud se examina también en la sección sobre sistemas de salud bajo cobertura de salud.

Se ha observado que, en la mayoría de las regiones, el éxito en el tratamiento de las enfermedades infantiles significa que una mayor proporción de muertes de menores de cinco años se encuentra ahora en el período neonatal. El/la consultora debe presentar los niveles y tendencias de las tasas de mortalidad neonatal y prenatal desglosadas por geografía para mostrar cómo los sistemas de salud del país están abordando el problema de las muertes de recién nacidos. El tercer nivel de análisis debe revisar las principales causas de muerte en diversas etapas de la infancia y el entorno político, incluidos los protocolos y programas internacionales destinados a aliviar las brechas y desafíos identificados. Este análisis debe tener referencias cruzadas con tendencias y diferenciales en la longevidad y las causas de muerte por edad. El/la consultor/a puede considerar llevar esta parte a la sección anterior por coherencia u omitir las causas de muertes infantiles en la sección anterior y colocar el análisis en esta sección.

Para los propósitos de esta sección, sería útil examinar la desigualdad en el riesgo de mortalidad temprana que es mayor en el nivel socioeconómico más bajo de los individuos y las comunidades. La medición de las desigualdades en la supervivencia puede estructurarse en tres grupos de indicadores:

i) diferencias absolutas y relativas en las tasas de mortalidad infantil; ii) medidas de disparidades entre grupos de población y áreas geográficas (convergencia o divergencia); y iii) medidas del efecto o impacto de las condiciones socioeconómicas sobre el nivel de mortalidad y el acceso a la salud, a fin de determinar el grado de concentración de la desigualdad (diferencias entre quintiles extremos).

C. Salud sexual y reproductiva y derechos y salud a lo largo de la vida para las y los adolescentes y jóvenes.

Uno de los determinantes más críticos para la salud y bienestar de las personas, así como para el empoderamiento de las mujeres e igualdad de género, es la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La salud y los derechos sexuales y reproductivos es el concepto de los derechos humanos aplicados a la sexualidad y reproducción. La CIPD ratificó los derechos de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos/as, y a tener información, educación y los medios para hacerlo, así como el derecho a tener el más alto nivel posible de servicios de salud sexual y reproductiva. Más adelante, el Programa de Acción del CIPD reconoció que los servicios de salud sexual y reproductiva deberían ser diseñados para atender múltiples y sobrepuestas necesidades en salud para cada persona. Estos servicios deben estar disponibles sin coerción o discriminación independientemente de su edad, estado civil u otras circunstancias. Entre los servicios de salud sexual y reproductiva más necesarios, especialmente para las niñas y mujeres, son: anticoncepción, servicios de salud materna durante el embarazo, el parto y post parto; aborto seguro y tratamiento para las complicaciones en caso de abortos inseguros, incluyendo el cuidado post aborto; prevención y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual y VIH y SIDA; y prevención, detección oportuna y tratamiento del cáncer del sistema reproductivo femenino. Esta sección debe estar organizada de acuerdo a los siguientes lineamientos: primero, presentar la situación respecto a la fertilidad con énfasis en la tasa específica de fecundidad en adolescentes. La tasa específica de fecundidad en adolescentes es un indicador central de los ODS y mide hasta qué punto los estados cumplen con su obligación de garantizar los derechos de las adolescentes y jóvenes, así como su dignidad. La segunda parte debe revisar la provisión de planificación familiar incluyendo el aborto seguro y el tratamiento por las complicaciones de abortos inseguros. La tercera parte debe presentar la incidencia de las infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH y al SIDA y su tratamiento. La parte final de esta sección debe orientarse a la existencia de detección oportuna y tratamiento del cáncer del sistema reproductivo.

1. Reproducción

Las normas relativas al matrimonio, la maternidad y la sexualidad, además del estado educativo y económico de las mujeres y su origen étnico, son algunos de los factores clave que influyen en el estado de la salud reproductiva, en los procesos y resultados del estado de salud reproductiva en un país. Desde la CIPD se ha observado una continua reducción de los niveles de fertilidad; sin embargo, esta caída ocurre por la reducción de los nacimientos en mujeres mayores. Aunque las tasas de fertilidad en adolescentes están cayendo, esta caída es más lenta y en algunos países o comunidades no se ha producido cambio o incluso está creciendo. La sexualidad temprana es una preocupación desde varias perspectivas: las mujeres jóvenes enfrentan potenciales daños a su salud como consecuencia de la fistula obstétrica; sus hijos/as tienen mayor riesgo de no celebrar su primer día de vida; la pérdida de oportunidades educativas y el riesgo a no participar en la fuerza de trabajo conllevan mayor riesgo de vivir en la pobreza, entre otros.

En algunos países la maternidad temprana puede no sufrir cambios debido a que las sociedades desapruaban el sexo prematrimonial y consideran que los cuidados de la salud reproductiva son inadecuados para las y los adolescentes. Como resultado, padres, educadores y proveedores de servicios son reacios a brindar información y servicios a las y los adolescentes. Solo recibiendo información y cuidados de salud reproductiva los y las adolescentes podrán tomar decisiones responsables y protegerse de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y HIV/SIDA, mortalidad y morbilidad materna, violencia sexual y violación.

Metodología

El/la consultor/a debe presentar las diferencias actuales y las tendencias en las tasas general de fecundidad y específica de fecundidad en adolescentes y en niñas (menores de 15 años), incluyendo la proporción de adolescentes y niñas que ya son madres, desagregadas por área geográfica, condición de pobreza, poblaciones indígenas, personas con discapacidad y otros grupos especiales. Debido a su relación con la supervivencia infantil, se deben presentar tendencias en la distribución de los intervalos entre nacimientos. También se deben presentar tendencias de la fertilidad no deseada por grupos de edad como indicador de cumplimiento de los derechos en la salud reproductiva. También será importante enfatizar la brecha entre la fertilidad deseada y actual como un indicador clave del ejercicio de los derechos reproductivos. Una proporción sustancial de la fertilidad continúa siendo no deseada y asociada con intervalos entre partos más cortos de lo deseado. Los servicios de planificación familiar disponibles para parejas e individuos para planificar el número y el espaciamiento de sus hijas/os, se han expandido en las últimas décadas, acelerando aún más la caída en las tasas de fecundidad. A pesar del incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales, persisten barreras respecto al acceso y disponibilidad de métodos modernos. Se deben presentar tendencias en la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la necesidad insatisfecha. Por otra parte, para ampliar aspectos programáticos, se deben presentar tendencias en la proporción de la demanda satisfecha.

Para cuantificar el grado en que las mujeres usan una variedad de métodos a nivel país, se puede calcular un índice usando la siguiente fórmula: porcentaje del método más prevalente – porcentaje para el tercer método más prevalente) / prevalencia total de métodos modernos. El resultado del índice con valor alto significa que el uso es concentrado en un pequeño grupo de métodos, mientras que un valor bajo del índice está asociado con un uso más diverso. En el escenario más extremo, si todas las mujeres de un país usan un solo método, el índice debería ser 100, y si exactamente el mismo número de mujeres usan todos los métodos modernos, el índice debería ser 0. Las adolescentes no unidas sexualmente activas tienden a usar el condón masculino, mientras que aquellas que están actualmente casadas o unidas tienen acceso a una amplia gama de métodos. Para cuantificar el grado en que las adolescentes usan una variedad de métodos a nivel de país, también se puede calcular el índice de combinación de métodos, centrándose en las adolescentes de 15 a 19 años que actualmente están casadas o en unión. “Mejorar la combinación de métodos disponibles ayudará a garantizar que las personas puedan prevenir el embarazo de manera efectiva, cambiar fácilmente a otro método si no están satisfechas con su método actual, adaptar mejor sus deseos de retrasar o dejar de tener hijos/as con los métodos adecuados, y en general, darse cuenta de sus derechos a determinar cuándo y cuántos hijos/as quieren tener”².

² Naciones Unidas 2013. Datos de Población No. 2013/9. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, diciembre 2013.

Las decisiones informadas son un aspecto importante del cumplimiento de los derechos reproductivos, por lo que será útil explorar los siguientes aspectos:

- Porcentaje de personas informadas sobre los efectos secundarios o problemas causados por el método usado;
- Porcentaje de personas informadas sobre qué hacer si experimentan efectos secundarios; y
- Porcentaje de personas informadas sobre otros métodos que podrían usar.

2. Aborto

Para proteger la salud de las mujeres y sus vidas, es importante promover el acceso al aborto seguro y a reducir la incidencia de las complicaciones por abortos inseguros. En el Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos se comprometieron a darle la mayor prioridad a prevenir los embarazos no deseados, de este modo hacer “esfuerzos... para eliminar la necesidad de un aborto”³. Sin embargo, de acuerdo a Guttmacher (2016), un estimado de 56 millones de abortos inducidos han sucedido cada año en el mundo entre 2010-2014⁴ representando un incremento de 50 millones anuales durante 1990-1994, principalmente por el crecimiento de la población. La tasa anual global de aborto, estimada en 35 abortos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (entre 15 a 44 años de edad) entre 2010-2014, ha caído levemente, siendo 40 por cada 1.000 mujeres entre 1990-1994. Mujeres en regiones en desarrollo tiene una mayor probabilidad de tener un aborto que sus contrapartes en regiones desarrolladas y las tasas de aborto son 37 por cada 1.000 mujeres y 27 por cada 1.000 mujeres, respectivamente. Entre 1990-1994 y 2010-2014, la tasa de aborto ha caído marcadamente en las regiones desarrolladas, de 46 a 27 por cada 1.000 mujeres. En contraposición, se mantiene en el mismo nivel en las regiones en desarrollo. El número anual de abortos en regiones desarrolladas cayó de 12 millones a siete millones durante este periodo, mientras que ha crecido en regiones en desarrollo de 39 millones a 50 millones similar a la proporción de la población en edad reproductiva. La proporción de abortos en el mundo ocurridas en regiones en desarrollo creció de 77% a 88%. A nivel mundial, el 25% de los embarazos terminó en aborto entre 2010-2014. En países desarrollados, la proporción ha caído de 39% a 28% entre 1990-1994 a 2010-2014, mientras que ha crecido del 21% al 24% en países en desarrollo. Las leyes altamente restrictivas al aborto no están asociadas con tasas de aborto más bajas. Cuando los países están agrupados de acuerdo a los motivos por los cuales el procedimiento es legal, la tasa es de 37 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva donde es totalmente prohibido o permitido solo por razones de vida de la mujer, comparado con 34 por 1.000 mujeres cuando es posible ante requerimiento, no hay una diferencia significativa. Altos niveles de necesidad insatisfecha de anticoncepción ayudan a explicar la prevalencia del aborto en países con leyes restrictivas del aborto.

³ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas 2014. Comisión de Población y Desarrollo 47° sesión 7-11 de abril de 2014. Marco de acciones para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) más allá de 2014. Informe del Secretario General.

⁴ Informes de Guttmacher y hojas de datos sobre el aborto inducido (2016).

Metodología

“La sensibilidad social y política que rodea al aborto inducido hace que sea muy difícil realizar investigaciones de alta calidad para medir su incidencia. En consecuencia, existen grandes lagunas de evidencia en la documentación de la incidencia del aborto y la morbilidad relacionada con el aborto”⁵. En países donde el aborto inducido es restringido e inaccesible, o incluso donde el aborto es legal pero difícil de obtener, hay poca información disponible sobre la incidencia y las prácticas del aborto. Ya sea legal o ilegal, el aborto inducido generalmente es estigmatizado y frecuentemente censurado por razones religiosas. Debido a la dificultad de cuantificar y clasificar el aborto en tales circunstancias, su ocurrencia tiende a no ser reportada o sub-reportada⁶. Por lo tanto, se requiere monitorear el estado de los siguientes indicadores:

- Proporción de establecimientos de salud que atienden las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro o, donde no es ilegal brindar aborto seguro;
- Razones bajo las cuales el aborto inducido es permitido;
- Número de abortos inseguros por 1.000 mujeres entre 15-49 años;
- Número de abortos legales que han sido realizados

3. Infecciones de transmisión sexual

Según la OMS (2016), se adquieren más de un millón de infecciones de transmisión sexual (ITS) todos los días en todo el mundo. Cada año, se estima que hay 357 millones de nuevas infecciones, una de cada cuatro ITS es: clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Se estima que más de 500 millones de personas tienen infección genital con el virus del herpes simple (VHS). Más de 290 millones de mujeres tienen una infección por el virus del papiloma humano (VPH). La mayoría de las ITS no tienen síntomas o solo síntomas leves que pueden no reconocerse como una ITS. Las ITS como el VHS tipo 2 y la sífilis pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH. En 2012, más de 900.000 mujeres embarazadas se infectaron con sífilis, lo que resultó en aproximadamente 350.000 resultados adversos al momento del parto, incluso la muerte fetal. En algunos casos, las ITS pueden tener graves consecuencias para la salud reproductiva más allá del impacto inmediato de la infección en sí (por ejemplo, infertilidad o transmisión de madre a hijo/a). La resistencia a los medicamentos, especialmente para la gonorrea, es una amenaza importante para reducir el impacto de las ITS en el mundo. Estos resultados adversos se pueden prevenir con una prueba simple y económica y el tratamiento con penicilina.

Metodología

Se recomienda realizar el seguimiento a la adherencia a las vacunas contra las cepas del virus del papiloma humano (VPH) de transmisión sexual, que causa la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. Esto es principalmente para evaluar cómo las y los adolescentes tienen derecho a la información y los servicios de salud que protegerán su salud sexual y reproductiva. Como tal, las medidas preventivas de salud, como la vacuna contra el VPH, deben proporcionarse sin discriminación.

⁵ https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/pac/number-of-deaths-related-to-unsafe-abortion.

⁶ https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/pac/number-of-deaths-related-to-unsafe-abortion.

4. VIH/SIDA

Según la OMS, la epidemia del SIDA es una de las crisis de salud pública y del desarrollo más importantes en el mundo. Desde el comienzo de la epidemia, más de 70 millones de personas han sido infectadas con el virus del VIH y aproximadamente 35 millones de personas han muerto de VIH. A nivel mundial, 36,7 millones [34,0–39,8 millones] de personas vivían con el VIH a fines de 2015. De ellos, 1,8 millones eran niños (<15 años). Se estima que 2,1 millones de personas en todo el mundo se infectaron recientemente con el VIH en 2015. Esto incluye 150.000 niños (<15 años). Se estima que el 0,8% [0,7%-0,9%] de los adultos de 15 a 49 años en todo el mundo viven con el VIH, aunque la carga de la epidemia continúa variando considerablemente entre países y regiones. El número de personas que murieron a causa de enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA fue de 1,1 millones en el mismo período. Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 6% desde 2010. Con respecto a las inversiones, a fines de 2015, se invirtieron US\$ 19 mil millones para dar respuesta al SIDA en países de ingresos bajos y medios (no incluyendo a los países que recientemente han hecho la transición a categorías de altos ingresos). Los recursos nacionales constituyeron el 57% de los recursos totales para el VIH en los países de ingresos bajos y medios en 2015. Estimaciones recientes actualizadas de ONUSIDA indican que se necesitarán US\$ 26,2 mil millones para la respuesta al SIDA en 2020, con US\$ 23,9 mil millones necesarios en 2030.

Metodología

El/la consultor/a deberá documentar una serie de indicadores a nivel de país para dar cuenta sobre el control de la propagación de la pandemia del VIH/SIDA. Sin embargo, estos pueden obtenerse de informes publicados de la OMS; ONUSIDA, informes anuales por país presentados a UNGASS. La prevalencia del VIH se utiliza para evaluar patrones y tendencias epidémicas. Sin embargo, debido a los cambios en el período de supervivencia desde la infección hasta la muerte como resultado de la mayor provisión de terapia antirretroviral, cada vez es más difícil analizar los datos de prevalencia del VIH. La incidencia de la infección por VIH y las nuevas tasas de infección durante un período de tiempo definido proporcionan una medida más sensible del estado actual de la epidemia y de los impactos del programa.

Algunas variables que pueden ser incluidas son, siempre y cuando estén disponibles:

- Número de personas viviendo con VIH
- Prevalencia del VIH
- Nuevas infecciones por VIH
- Tasa de incidencia en adultos (15-49 años)
- Conocimientos sobre la prevención del VIH en personas entre 15-24 años
- Jóvenes que han tenido sexo antes de los 15 años
- Personas entre 15-49 años que han tenido múltiples parejas sexuales
- Uso del condón en la última relación sexual en personas de 15-49 años con múltiples parejas
- Personas con VIH que conocen su condición
- Número de circuncisiones masculinas realizadas
- Número de muertes relacionadas con el VIH
- Huérfanos entre 0 y 17 años por VIH
- Uso del condón de trabajadores sexuales

- Trabajadores sexuales que se hicieron prueba de VIH
- Prevalencia de VIH en trabajadores sexuales
- Tamaño estimado de los trabajadores sexuales
- Otros

D. Servicios y sistema de salud

La salud es un impulsor de la reducción de la pobreza y la pobreza es un impulsor de la salud, y los sistemas de salud establecidos determinan sus resultados. Estas condiciones, a su vez, están conformadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Garantizar un buen sistema de salud es complejo y lograrlo requiere de una gama integrada de estrategias preventivas; cambios ambientales; terapias y tecnología para diagnosticar y tratar problemas de salud; y la provisión oportuna para aquellos que requieren acceder a la misma. El sistema de salud simplemente puede definirse como una red de instituciones, organizaciones y personas que trabajan para satisfacer las necesidades de salud de la población. Varios países, en todos los niveles de desarrollo, están adoptando el objetivo de la cobertura universal de salud (CUS) como lo correcto de hacer para sus ciudadanos. El objetivo de CUS es proporcionar atención médica y protección financiera a todas las personas en un país determinado con tres objetivos relacionados: igualdad en el acceso (todos los que necesitan servicios de salud deben obtenerlos, y no solo aquellos que pueden pagarlos); calidad de los servicios de salud (los servicios de salud deben ser lo suficientemente buenos como para mejorar la salud de quienes los reciben); y protección financieros contra riesgos (asegurando que el costo de la atención médica no ponga a las personas en riesgo de dificultades financieras). El objetivo de CUS lo convierte en un componente crítico de los ODS que incluyen un objetivo específico de salud: "Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades". Por lo tanto, el apoyo al derecho a la salud y a la erradicación de la pobreza extrema pueden conseguirse mediante la cobertura sanitaria universal.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos abarcan la vida de mujeres y hombres al ofrecer a las personas y a las parejas el derecho a tener control y decidir libremente y de manera responsable sobre asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva, y a hacerlo sin violencia ni coacción. En este contexto, uno de los acuerdos más importantes de la Cumbre Mundial de 2005 fue la inclusión de un objetivo para lograr el "acceso universal a la salud reproductiva" para 2015, en concordancia con el Plan de Acción de la CIPD. El acceso universal a la salud reproductiva es un componente crítico de la cobertura universal de salud. Para lograr los objetivos de la cobertura universal de salud y, en particular, el acceso universal a la salud reproductiva se requieren sistemas de salud sólidos para gestionar las amenazas a la salud. Los elementos necesarios para el funcionamiento de un sistema de salud incluyen liderazgo y gobernanza, recursos humanos, financiamiento de la salud, información e investigación, acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, y prestación de servicios. El fortalecimiento del sistema de salud es el principal medio por el cual los países pueden avanzar hacia la cobertura universal de salud que debe integrarse en una evaluación más amplia del desempeño de los sistemas de salud.

1. Sistema de salud

La OMS (2015) señala tres desafíos principales en el seguimiento de la cobertura universal de salud: primero, obtener datos confiables sobre un amplio conjunto de servicios de salud e indicadores de protección financiera; segundo, desagregar datos para exponer inequidades en la cobertura; y tercero, medir la cobertura efectiva, que no solo incluye si las personas reciben los

servicios que necesitan, sino que también tiene en cuenta la calidad de los servicios prestados y el impacto último en la salud.

Metodología

El/la consultor/a debe presentar una descripción sobre la política de salud y los principales cambios ocurridos en el último periodo, así como su organización. También se deben describir las principales características del Sistema Único de Salud (SUS), beneficiarios, y otros.

El/la consultor/a pueden usar indicadores de cobertura de servicios de salud para determinar el acceso a los servicios de salud con énfasis en la salud reproductiva. Los indicadores de cobertura de servicios de salud para: 1) salud reproductiva y del recién nacido (planificación familiar, atención prenatal, asistencia especializada al parto); 2) la vacunación infantil (tres dosis de vacuna que contiene difteria, tétanos y tos ferina (DTP)); 3) enfermedades infecciosas (terapia antirretroviral (ART), tratamiento de tuberculosis (TB)); y 4) los determinantes de la salud del sector no sanitario (mejores fuentes de agua y mejores instalaciones sanitarias (para más detalles, véase OMS y Banco Mundial 2015, página 62)). Algunos autores han calculado indicadores compuestos para resumir la cobertura de salud (ver Boerma et al 2008, 2014a; Wagstaff 2016). La OMS (2015) considera que estos indicadores son suficientes independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico o las circunstancias epidemiológicas del país. Los otros aspectos de la cobertura universal de salud son los indicadores de protección financiera. La clave para proteger a las personas de las dificultades financieras es garantizar que la mayoría de los fondos para el sistema de salud sean prepagos, que existan pocas barreras para la redistribución de estos fondos y que estos servicios se compren de estos fondos agrupados de una manera que limite la necesidad para que las personas paguen por los servicios. Los indicadores de cobertura financiera incluyen: cobertura de seguro (por ejemplo, cobertura de seguro informada en encuestas de gastos); Pagos catastróficos (estimaciones basadas en encuestas de gastos de los hogares), gastos de bolsillo (base de datos de la OMS, informes de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS)).

2. Capacidad del sistema de salud de proveer servicios de atención de salud materna, atención diferenciada a adolescentes, atención a personas con discapacidad, atención a personas LGBTI+Q y atención a la violencia

Los servicios y derechos de atención de salud reproductiva de calidad implican que todas las mujeres embarazadas requieren acceso a atención especializada durante todo el proceso; embarazo, parto, posparto. El acceso a atención obstétrica de emergencia básica o integral de calidad es necesario para todas las mujeres que experimentan una complicación obstétrica. La reducción de la mortalidad materna implica que los países inviertan más energía y recursos para proporcionar servicios de salud materna equitativos y adecuados. Por lo tanto, reducir la mortalidad materna es mejorar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y uso de los servicios para el tratamiento de las complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. Estos servicios se conocen colectivamente como atención obstétrica de emergencia (AOE). El acceso a los AOE en países de altos ingresos ha ayudado a garantizar que el embarazo y el parto ya no sean una amenaza importante para la vida de las mujeres y los recién nacidos. Pero en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, donde ocurren casi todas las muertes maternas, este no es el caso porque sus sistemas de salud aún no pueden proporcionar un acceso universal a esta solución que salva vidas.

Metodología

Los datos sobre disponibilidad de atención obstétrica de emergencia (AOE) y atención obstétrica de emergencia básica y para recién nacidos normalmente no están disponibles, pero hay un manual que se puede utilizar para la evaluación.

Los indicadores de AOE que son esenciales para monitorear las tendencias en atención obstétrica por parte del personal de las instituciones, y para los planificadores y gerentes de programas para medir la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios que son críticos para reducir la mortalidad materna y neonatal son: 1) Disponibilidad de atención obstétrica de emergencia: instalaciones de atención básica e integral; 2) distribución geográfica de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia; 3) Proporción de todos los nacimientos en centros de atención obstétrica de emergencia; 4) Satisfacer la necesidad de atención obstétrica de emergencia: proporción de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes que reciben tratamiento en dichos centros; 5) Cesáreas como proporción de todos los nacimientos (la proporción estimada de nacimientos por cesárea en la población no es inferior al 5 por ciento o superior al 15 por ciento); 6) Tasa de mortalidad obstétrica directa; 7) Tasa de mortalidad neonatal intraparto y muy temprana; y 8) Proporción de muertes maternas por causas indirectas en centros de atención obstétrica de emergencia.

E. Identificación de desafíos y oportunidades.

Con base en los principales desafíos y prioridades de la población que enfrenta el país, debería ser posible identificar áreas estratégicas para la acción. Existen opciones claras para implementar políticas que mejoren la calidad de vida de las personas, reduzcan la pobreza y la desigualdad social y promuevan una mayor igualdad de género. Estas áreas, junto con sus impactos esperados, y las características particulares de las políticas y programas que deben diseñarse o reforzarse deben abordarse en este capítulo. Vale la pena señalar que esto requiere un esfuerzo combinado de información, investigación, divulgación y promoción.

Es aconsejable incluir escenarios significativos a mediano plazo junto con recomendaciones para políticas públicas dirigidas a abordar las principales prioridades con respecto a la población, la pobreza y la exclusión social, en un esfuerzo por ilustrar los beneficios de las acciones oportunas y los riesgos / costos de la inacción, o demora en responder. Las referencias comparativas clave pueden ser útiles con respecto a la situación relativa de las políticas nacionales con respecto a las tendencias regionales y al grupo de países que es más significativo dentro de cada área relevante. Es importante identificar acciones urgentes (políticas a corto plazo), así como aquellos esfuerzos que tienen un alcance a mediano o largo plazo. Si el diálogo sobre políticas ya ha generado compromisos y acciones tangibles para la intervención, estos deben incorporarse en este capítulo. Las formas de seguir estas intervenciones también podrían incluirse dentro de este alcance.

