

Enfoque de derecho en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva de países OCDE

Una revisión exploratoria

Rights approach in Sexual and Reproductive Health Policies of OCDE countries

A scoping review

R. Neira Contreras ^{a b} 

M. Luna Pino ^a 

C. Millahuinca Zavala ^a 

^a Universidad de Chile

^b Ministerio de Salud, Chile

Resumen | Este estudio realiza una revisión de alcance basado en la metodología del Joanna Briggs Institute, a través de una búsqueda en sitios web de organizaciones internacionales, buscadores académicos y bases de datos gubernamentales; para observar la inclusión del enfoque de derechos humanos en las políticas de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de identificar brechas existentes entre las expectativas y las garantías efectivamente declaradas. La búsqueda arrojó evidencia de 21 países que dan respuesta al enfoque describiendo mayoritariamente las subgarantías de acceso y calidad, parcialmente las de protección financiera y revisión continua, y mínimamente la de reparación. Se concluye que existe una heterogeneidad en la incorporación del enfoque de derechos en el diseño de las políticas: direccionado a la entrega de servicios y en menor medida a la participación social y a la reparación de vulneraciones a sus derechos.

Palabras clave: Política Pública, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

Abstract | A Scoping Review was carried out based on the Joanna Briggs Institute methodology, through a search of the websites of international organizations, academic search engines and government databases; to observe the inclusion of the human rights approach in sexual and reproductive health policies, with the aim of identifying existing gaps between expectations and effectively declared guarantees. The search outputs evidence from 21 countries that respond to the approach, mostly describing the sub-guarantees of access and quality, partially those of financial protection and continuous review, and minimally that of reparation. It is concluded that there is heterogeneity in the incorporation of the rights approach in the design of policies: directed at the delivery of services and, to a lesser extent, at social participation and the repair of violations of their rights.

Keywords: Public Policy, Sexual Health, Reproductive Health.

Dirección de correspondencia

[Correspondence address]:

Rodrigo Neira Contreras,

Universidad de Chile

E-mail: rmeirac@uchile.cl

Fecha recepción: 2022-01-27

Fecha aceptación: 2022-06-29



1. Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos (SRR) involucran “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; tomando decisiones sin sufrir coacción, discriminación ni violencia” (ONU, 1994: 37-46)(CEPAL, 2014: 1-40), este concepto fue reconocido por primera vez en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y fue reafirmado por América Latina y el Caribe en el Consenso de Montevideo en 2013. Por su lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) determina los conceptos de SSR, como parte del derecho a la salud universal y por tanto requieren de una protección explícita por parte de cualquier Estado. Asimismo, la OMS (OMS, 2010) (OMS, 2017) determinó las prestaciones mínimas que debiesen brindar los países, con la finalidad de incidir en el pleno goce de estos derechos, debería incluir: 1) acceso a educación sexual: información y asesoramiento, 2) identificación y atención de víctimas de violencia sexual, 3) acceso a detección, tratamiento y seguimiento de cánceres, 4) infertilidad e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo VIH, 5) proveer aborto seguro y cuidados postaborto, 6) asistencia prenatal, durante parto y puerperio, 7) orientación y suministro de métodos anticonceptivos (MAC). No obstante, la mera inclusión declarativa de los lineamientos internacionales no garantiza una política pública exitosa y es por tanto menester de interés público comprender ¿Cómo podemos una política pública en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos?.

Los Derechos Humanos (DDHH) son inherentes a todas las personas y a partir de estos se definen las relaciones que deben existir entre los individuos y las estructuras de poder. El Estado está en la obligación de respetar, proteger y adoptar medidas que garanticen condiciones para que toda la población pueda disfrutar de estos (ONU, 2016: 19-21). Bajo esta premisa, la construcción de cualquier política pública, entendida como un “plan estatal que busca alcanzar un objetivo de interés público” (Banco Mundial, 2010: 91-149), debe ga-

rantizar el libre ejercicio de los derechos, asegurando igualdad y no discriminación a todos los sujetos.

Es así como surge el enfoque de derechos, en donde el Estado se concibe como garante y responsable de la protección de estos; mientras que los ciudadanos, titulares de derecho, son facultados para exigir conductas a la entidad (CIDH, 2018: 19-23). Es así, que el enfoque de derecho, introduce cambios estructurales en pos de la prevención y protección de los derechos declarados, evitando las violaciones de DDHH e interfiriendo sus causas subyacentes. Finalmente este debe ser el eje central de las políticas públicas en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación (CIDH, 2018: 19-23).

Una forma de reconocer el enfoque de derecho en el diseño de las políticas es mediante la identificación de la protección de garantías sociales; las cuales se definen como mecanismos a los que un Estado recurre para concretar dichos derechos (Erazo et al., 2013). Según Gacitúa-Marió (Gacitúa-Marió et al., 2009: 48-61) el concepto de garantía social se divide en 5 dimensiones:

1.1. Acceso

Implica la descripción de los titulares de derecho y sus respectivas disposiciones técnicas y/o mecanismos que aseguren el acceso a los servicios declarados.

1.2. Calidad

Dimensión enfocada a entregar un marco regulatorio a la cartera de servicios estipulada dentro de la política pública, esto se puede ejecutar a través de la creación de medidas legislativas como la promulgación de leyes, decretos, normas y/o guías nacionales que respalden las prestaciones consideradas en la política.

1.3. Protección financiera

Tiene como finalidad asegurar que los titulares de derecho puedan acceder a los servicios establecidos por la política pública sin que el factor económico sea un impedimento para ello. Requiere de una coordinación para crear mecanis-

mos específicos, tales como establecer un presupuesto para la implementación de la política, canasta de servicios subvencionadas por el Estado, rol de las aseguradoras de salud, entre otras. En la misma línea, se puede entablar y normar la participación del sector privado en la entrega de prestaciones a la población.

1.4. Revisión continua y participación

El dinamismo de las necesidades de la población es un factor importante a considerar, por lo que en esta garantía se busca que la política establezca una periodicidad en la revisión y actualización de la misma, acorde a las necesidades de los titulares de derecho; por ello la participación ciudadana cobra relevancia, esta debiese estar descrita dentro de los apartados determinando las formas en las que estarán involucrados en los procesos de diseño, implementación, evaluación y actualización de dicha documentación, teniendo en cuenta que esta actividad es parte del ejercicio de su derecho a estar involucrados directamente en la toma de decisiones.

1.5. Reparación

Enfocada en velar por el respeto al ejercicio pleno de los derechos de la población, su inclusión en las políticas involucra contar con mecanismos que permitan a todo ciudadano exigir el cumplimiento de las garantías sociales mencionadas con anterioridad. Por ello se deben establecer las situaciones específicas de alegato, así como las vías judiciales y/o administrativas que deben llevarse a cabo para dar respuesta a estas demandas. Especificar vías de derivación, responsables de recibir alegatos, tiempos de respuesta, medidas reparatorias y/o de compensación, entre otras.

1.6. Intersectorialidad

Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de los ciudadanos requiere de una visión integral por parte de los creadores de políticas, Para ello, la coordinación del estado se vuelve necesaria en pos de resolver las problemáticas sociales desde diferentes aristas y planificar en conjunto medi-

das integrales. La intersectorialidad es la respuesta articulada e integrada de los diferentes sectores del Estado para un problema social; esta acción puede o no considerar entre sus partes a la sociedad civil organizada.

Si bien el paradigma de garantías sociales ofrece una visión global para una política de salud sexual ideal, es de suma relevancia considerar el contexto territorial para denotar su pertinencia con el estado sociosanitario de la población objetivo. La transición obstétrica se define como la clasificación demográfica y epidemiológica de países en virtud de 4 características cardinales en salud sexual y reproductiva de los países las cuales son: 1) la tasa global de fecundidad, 2) razón de mortalidad materna, 3) principales causas de mortalidad materna y 4) características de los servicios de salud (Souza et al., 2014). Aunque estos indicadores de resultados tienen una naturaleza eminentemente reproductiva otorgan una aproximación en salud sexual dado que para lograr son una expresión inherente de adecuadas intervenciones tales como provisión de servicios en regulación de la fertilidad, interrupción del embarazo. los presentes resultados por lo tanto, permite ver el escenario en el que se encuentra el país y relacionar si lo declarado en el diseño de sus políticas es coherente y tribute positivamente a la salud poblacional en materia de SSR (Tabla 1).

2. Metodología

En este estudio se siguió la metodología propuesta por el Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2015) que está compuesta por seis etapas, aunque en este caso la última etapa, correspondiente a la consulta de un comité experto en el tema, de carácter opcional, no se aplicó.

En la etapa 1, la investigación se guió por dos preguntas elaboradas a partir de la estrategia PCC (población, concepto, contexto). En el diseño de las Políticas Públicas de SSR de los países miembros de la OCDE: 1) ¿Se incluye el enfoque de derecho? 2) ¿Cuáles son las garantías sociales declaradas?

En la etapa 2, las fuentes de información utilizadas en la investigación fueron las siguientes:

Tabla 1: Componentes del concepto de Transición Obstétrica

Etapa Transición Obstétrica	Razón Mortalidad Materna	Magnitud Tasa Fecundidad Total	Principales Causas Mortalidad Materna	Características Servicios de Salud
Etapa I	> 1.000 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos	Alta tasa de fecundidad	Causas directas y por enfermedades transmisibles	Ausencia de servicios de salud
Etapa II	999 a 300 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos	Alta tasa de fecundidad	Causas directas y por enfermedades transmisibles	Existe acceso a servicios de salud, pero son mínimos y de baja calidad
Etapa III	299 a 50 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos	Tasa de fecundidad variable	Causas directas	Mayor acceso a servicios de salud
Etapa IV	< 50 muertes maternas por cada 100.000	Baja tasa de fecundidad	Causas indirectas	Sobre medicalización en los servicios de salud
Etapa V	< 5 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos	Baja tasa de fecundidad	Causas indirectas	Sostenibilidad del sistema

Fuente: Souza J et al., 2014.

- Sitios web de organizaciones internacionales: OCDE, OMS, ONU y Unión Europea.
- Sitios web gubernamentales de países de la OCDE: se realizó una búsqueda de los referentes sanitarios y otras entidades encargadas de desarrollar las políticas de SSR.
- Bases de datos de revistas científicas: se buscaron publicaciones con datos necesarios para caracterizar la TO de cada país en PubMed, Scielo.
- Buscadores académicos: se realizaron búsquedas en Google y Google Scholar para identificar documentación gubernamental de diferentes países incluyendo literatura gris.

Se incorporaron todas las Políticas Públicas de Salud Sexual y/o Reproductiva, a texto completo disponible entre los años 2011 y 2021 en países de la OCDE; además de documentos con fecha previa aún vigentes. Para caracterizar la TO, se buscaron publicaciones oficiales concordantes al año de publicación de la política. No se consideraron: normas, guías clínicas o programas específicos de prestaciones de SSR.

En la estrategia de búsqueda se identificaron palabras claves y se configuraron algoritmos de

búsqueda para cada base de datos; se utilizaron los operadores booleanos AND y OR, realizando una exploración preliminar en Google que delimitó la existencia de publicaciones para el desarrollo del estudio. Luego se continuó con una segunda y tercera búsqueda, ejecutadas en fechas distintas, empleando las siguientes palabras claves: “*Public Policy*” (Política Pública), “*Sexual Health*” (Salud Sexual), “*Reproductive Health*” (Salud Reproductiva), “*National Programs Health*” (Programas Nacionales de Salud), “*Strategies*” (Estrategias), “*National Strategies*” (Estrategias Nacionales), “*Maternal Mortality*” (Mortalidad Materna), “*Maternal Deaths*” (Muerte Materna), “*Fecundity Rate*” (Tasa Fecundidad), “*Demography*” (Demografía). Para todas estas palabras claves se utilizaron descriptores MeSH.

En la etapa 3, para la selección de estudios, dos investigadoras realizaron búsqueda y extracción manual de los textos recuperados en computadores distintos, incorporando en cada sitio los algoritmos acordados. Los resultados de la búsqueda fueron revisados y eliminados los duplicados. La selección de primer nivel involucró revisión de título, índice e introducción; por su parte en la de segundo nivel, los documentos seleccionados, se

evaluaron a texto completo verificando la correspondencia de su contenido a través de los criterios de inclusión y exclusión expuestos.

Para controlar el sesgo de selección, previamente se realizó un protocolo de la revisión de alcance, el cual lo reduce por el carácter reiterativo de su proceso de desarrollo. Se incluyó la declaración *prisma* (Urrútia y Bonfill, 2010) para otorgar validez interna al estudio mediante la comprobación de sus componentes, además se utilizó el diagrama de flujo para clasificar los documentos sistemáticamente, registrando los filtros incorporados a las publicaciones. Dado a que las políticas públicas son la unidad de análisis, no se puede aplicar herramientas de verificación de estudios para otorgar validez externa.

Además, se identificaron como potenciales sesgos: la ausencia de políticas de SSR en la data de buscadores de referentes sanitarios y la omisión y/o selección equivocada de información en la recolección de datos. Con el fin de controlarlos se buscaron políticas en ministerios del exterior, economía, protección social, entre otros. En cuanto a la recolección, las investigadoras extrajeron los datos de cada política por su cuenta y luego en reuniones seriadas se unificó la información que finalmente se utilizó en el análisis.

En la etapa 4 se elaboró una tabla para extraer los siguientes datos: título, año de publicación, intersectorialidad, estrategias de acción, elementos de la TO. Así como las garantías sociales: acceso, calidad, protección financiera, revisión continua y reparación.

En la etapa 5, la evidencia se clasificó en categorías conceptuales según los objetivos específicos del estudio: características generales de las políticas, características sociodemográficas relacionadas a la TO e identificación de garantías sociales.

3. Resultados

3.1. Características generales y clasificación según definición de transición obstétrica

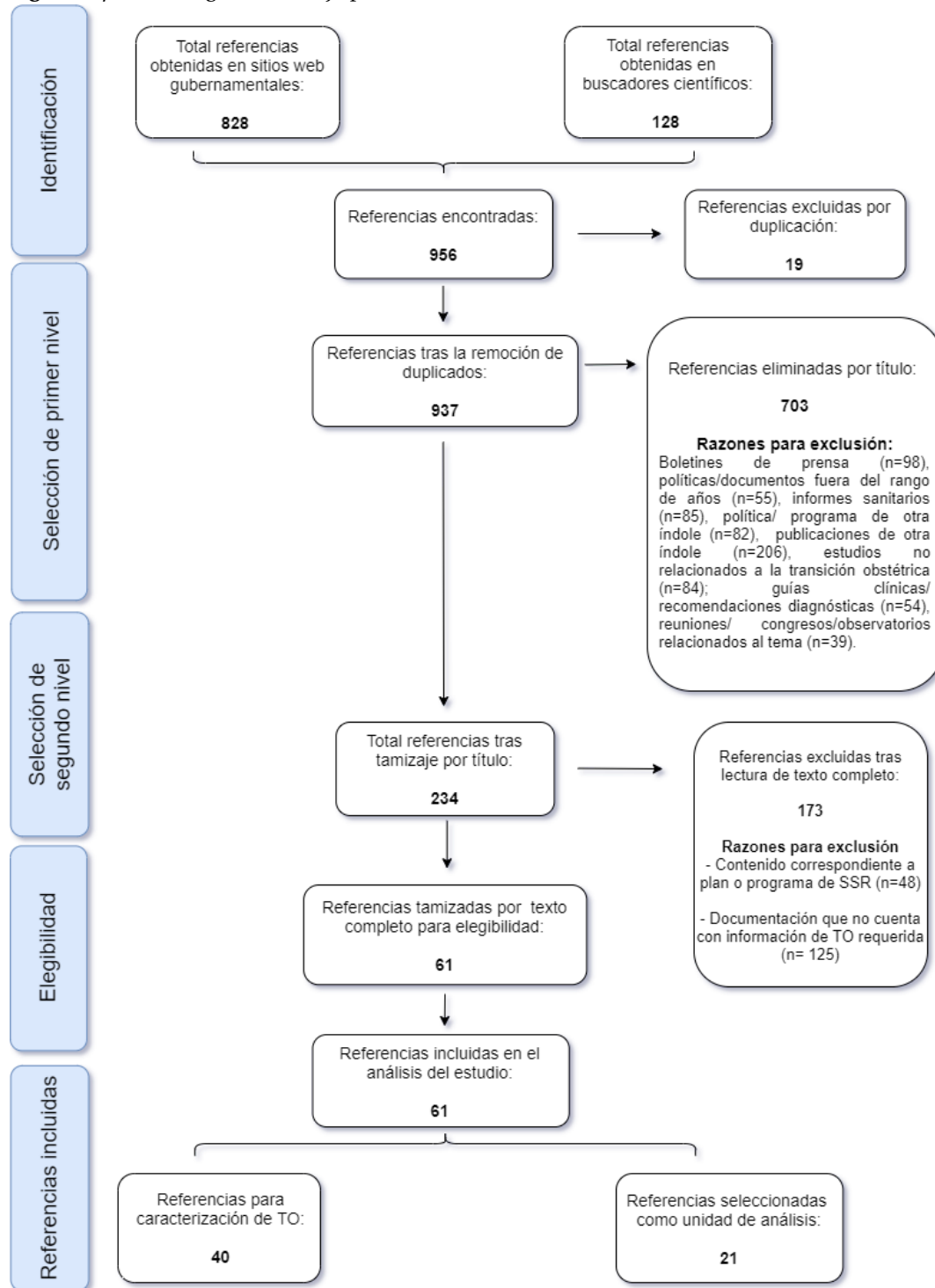
La revisión arrojó un total de 956 referencias. Se excluyeron 19 por duplicación, obteniendo 937, de las cuales 703 fueron eliminadas por selección de primer nivel. A las 234 restantes se les aplicó

tamizaje de segundo nivel, excluyéndose 173. Se obtuvieron 61 referencias compatibles con los criterios de inclusión, de estas 40 fueron seleccionadas para caracterizar la TO y 21 como unidades de análisis (Figura 1). Las políticas públicas seleccionadas como unidad de análisis se dispusieron en una tabla de extracción de datos que describió el país de correspondencia, algoritmo de búsqueda, sitio web gubernamental y fecha en el cual se realizó la extracción manual (Anexo).

Las políticas de los países seleccionados fueron las siguientes: Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018), Colombia (Ministerios de Salud y Protección Social, Profamilia de Colombia, 2014), México (Secretaría de Salud, 2014), Luxemburgo (Ministry of National Education Children and Youth, Ministry of Equal Opportunities et al., 2018), Turquía (Ministry of Health, 2010), Dinamarca (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2006), Escocia (Ministry of Health, 2015). Francia (Ministry of Solidarity and Health of France, 2017), Inglaterra (Department of Health of England, 2013), Noruega, Nueva Zelanda, Suecia, Alemania (Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2008), Australia (Department of Health of Queensland, 2016), Bélgica (Federal Public Service Foreign Affairs Foreign Trade and Development Cooperation, 2007), Finlandia (Department of Health and Welfare of Finland, 2016), Grecia (Ministry of Health and Social Solidarity of Greece, 2008), Irlanda (Department of Health of Ireland, 2020), Países Bajos (Federal Public Service Foreign Affairs Foreign Trade and Development Cooperation, 2007; Institute National for Public Health and Environment, 2018), Italia (Ministero della Salute, 2015) y España (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011).

El 67% de las políticas analizadas son del periodo 2011-2021, más el 33% corresponden al periodo entre 2011-2010. Desde un punto de vista geográfico, principalmente se analizaron políticas públicas del continente europeo, destacando a nivel americano las políticas de México, Colombia y Chile (Tabla 2)

El 90,3% de las políticas analizadas responden a países que responden a una caracterización de

Figura 1: *prisma* diagrama de flujo para selección de documentos

Fuente: Urrútia G, Bonfill X Declaración *prisma*: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis, 2010

Tabla 2: Políticas Públicas en salud sexual y reproductiva según continente

Continente	(n) %
Europa	(16) 76,19
América	(3) 14,28
Oceanía	(2) 9,52

Fuente: Elaboración propia en base a Urrútia, 2010

Tabla 3: Distribución de los países según Transición Obstétrica

Etapas Transición Obstétrica	Países
Etapas III y IV	Colombia; Luxemburgo; Turquía
Etapas IV y V	Chile; Dinamarca; Escocia; Francia; Inglaterra; México; Noruega; Nueva Zelanda; Suecia
Etapas IV-V (plena transición)	Alemania; Australia; Bélgica; Finlandia; Grecia; Irlanda; Italia; Países Bajos
Etapas V	España

Fuente: Elaboración propia.

transición obstétrica de etapa IV o etapa V, perfil consistente con la pesquisa de estrategias de acción convergentes para abordar los principales desafíos que según la evidencia científica.

3.2. Características de las políticas públicas según subgarantías sociales

Respecto a la declaración de un enfoque intersectorial en las políticas estudiadas, fueron detectados al menos la declaración de 8 actores distintos; siendo los principales los sectores de educación, ONG's y Justicia, quienes presentan una mayor representación (Figura 2).

Desde una perspectiva general, son al menos 7 los tipos de estrategias de acción que fueron detectadas entre las políticas públicas siendo el acceso y la mejora en la calidad de los servicios quienes poseen una mayor representatividad. Cabe destacar que elementos de salud reproductiva, tales como la salud materna y el aborto, como a su vez la prevención de ITS y métodos anticonceptivos, son conceptualizaciones que han sido descrita de forma explícita (Figura 3).

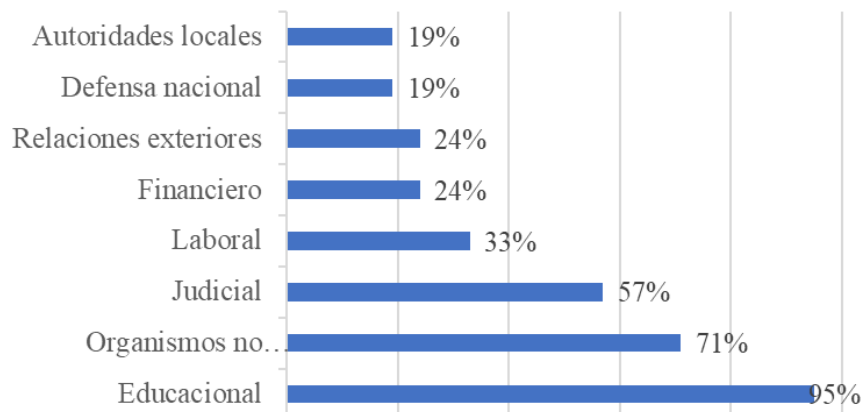
Siguiendo las diversas dimensiones de la garantía de derechos propuesta por Gacitúa-Marió et al., en lo que respecta al acceso a servicios de SSR, los resultados evidencia que se incorpora en todos los países; se entregan mediante ONG's en Australia, Francia, Grecia, Inglaterra, Irlanda, Nueva Zelanda y Turquía. Luxemburgo y Países Bajos tienen centros específicos de atención de salud sexual. Se estipulan servicios específicos para ciertos grupos poblacionales: 76% para adolescentes; 48% migrantes y/o refugiados; 38% LGBTI; 29% usuarios de drogas; 24% personas con discapacidad; 19% personas mayores, indígenas y privadas de libertad; 14% trabajadores sexuales y jóvenes sin hogar (Figura 4).

Los servicios de planificación familiar y/o acceso a MAC se otorgan en todos los países a excepción de Luxemburgo, mientras que los de infertilidad están en Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia e Italia. La atención del embarazo, parto y postparto se describe en un 67%, por su lado el aborto y/o post aborto se incorpora en todos los países excepto en Nueva Zelanda.

Los servicios de detección y tratamiento de ITS - VIH se incluyen en todos excepto Luxemburgo. El suministro de Profilaxis Preexposición y/o Postexposición de VIH se da en un 24%, mientras que la vacunación contra VHB y/o VHC en 33%. La detección y/o tratamiento del Cáncer Cervicouterino (CACU) así como la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) se estipula en un 38% de los países; mientras que el de Cáncer de Mama sólo se declara en Colombia e Italia.

La educación sexual escolar se imparte en 71% de los países. La información sobre SSR se brinda en 71% de los países. Finlandia cuenta con recursos informativos en diferentes idiomas, lenguaje braille, audios e ilustraciones. Las consejerías y/o asesoramiento sobre SSR se incluyen en Australia, Finlandia, Inglaterra y México. Los servicios relacionados a agresiones sexuales se mencionan en 38% de los países; Bélgica, México y Noruega no describen servicios de atención en este tema (Figura 5).

La calidad se representa a través de: leyes y/o decretos que aseguran las prestaciones en los paí-

Figura 2: Porcentaje de actores intersectoriales declarados en las políticas de salud sexual y reproductiva

Fuente: Elaboración propia

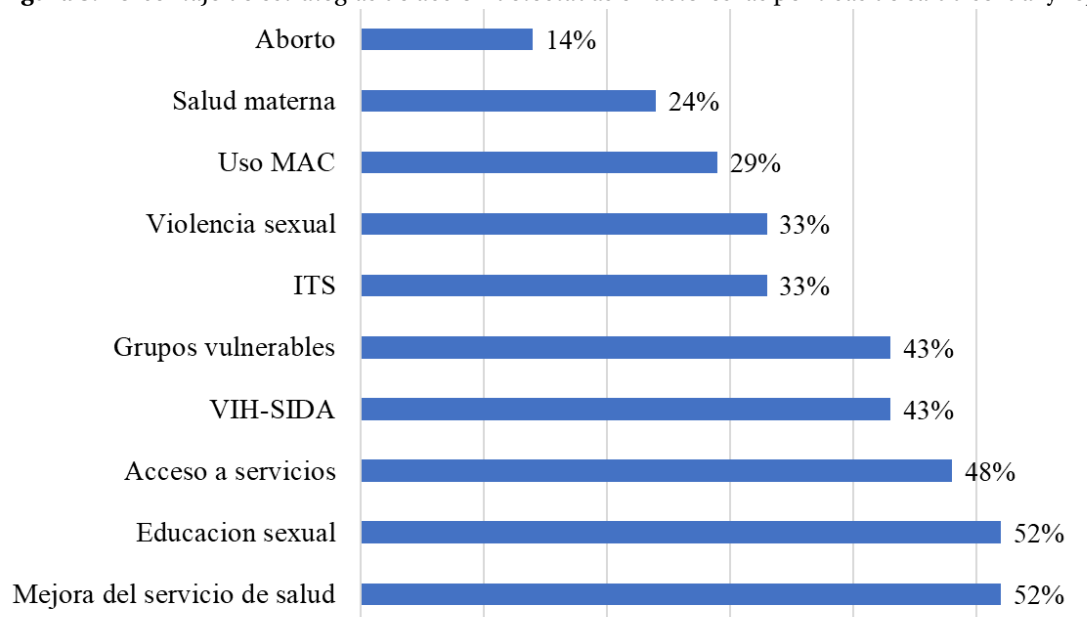
ses excepto en Alemania, Dinamarca y Nueva Zelanda (18, 23, 35); las normas y guías no se declaran en Alemania, Dinamarca, Luxemburgo, Nueva Zelanda y Turquía (18, 23, 32, 35, 38); los planes y programas se integran exceptuando a España, Italia, Luxemburgo, México y Suecia. Las temáticas salvaguardadas son: ITS/VIH 71%, educación sexual 67%, IVE/aborto y planificación familiar/MAC 62%; calidad del servicio, violencia doméstica y abuso sexual 43%; CACU y mama 29%; vacunación (VPH, VHB y VHC), atención del embarazo y parto 24%; infertilidad 19%.

Se definen responsables para el diseño de la política en un 14% de los países, para la implementación en 67%, para seguimiento en 71% y para evaluación en 33%. En Escocia, España, Francia, Luxemburgo y Turquía se crearon comités para seguimiento y/o evaluación. Se establece seguimiento del progreso y/o resultados de la política en 71% de los países. Se declaran indicadores de seguimiento en 67% de los países. Respecto a la evaluación, se realiza en el 48% de los países. La rendición de cuentas se establece en Chile, Colombia, España, Italia y México.

En términos de protección financiera se asegura el costo de acceso estableciendo presupuestos específicos para la implementación de la política en Australia, Bélgica, Grecia, Inglaterra, Luxemburgo y Turquía. Por su parte, Dinamarca incluye los gastos de la política en los presupuestos nacionales de salud. Se mencionan aseguradoras de sa-

lud en 43% de los países y promulgación de leyes en favor de esta subgarantía en un 38%. Asimismo, el 71% de los países plantea contar con planes de subvención para diferentes servicios, entre ellos encontramos: atención materno-infantil, canastas públicas de MAC, atenciones de reproducción asistida y en caso de violencia sexual. Las políticas de Irlanda y Nueva Zelanda no hacen alusión a esta dimensión de la garantía de derechos en sus apartados. El compromiso público-privado a través de la prestación de servicios, por parte de este último sector, se declara en un 48% de los países, mientras que el 52% de las políticas no hace mención de la incorporación del sector privado en la entrega de servicios de SSR.

La revisión continua de las garantías incluidas en las políticas se da en un 52% de los países. De éstos Dinamarca, Inglaterra e Italia establecen revisión anual; Colombia, España y Turquía bienal; Francia trienal y Grecia en paralelo a su implementación. En cuanto a Escocia, Finlandia y Luxemburgo, que son parte de los países que consideran esta dimensión, no determinan la periodicidad en la que se realizará la revisión de las garantías. La actualización de la política se planifica en Escocia, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Turquía. El 24% de los países realiza una revisión y actualización de los documentos afines a la política. Son 7 los países que no consideran esta garantía social dentro de sus apartados, entre ellos

Figura 3: Porcentaje de estrategias de acción detectadas en actores las políticas de salud sexual y reproductiva

Fuente: Elaboración propia

tenemos a: Alemania, Australia, Bélgica, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suecia.

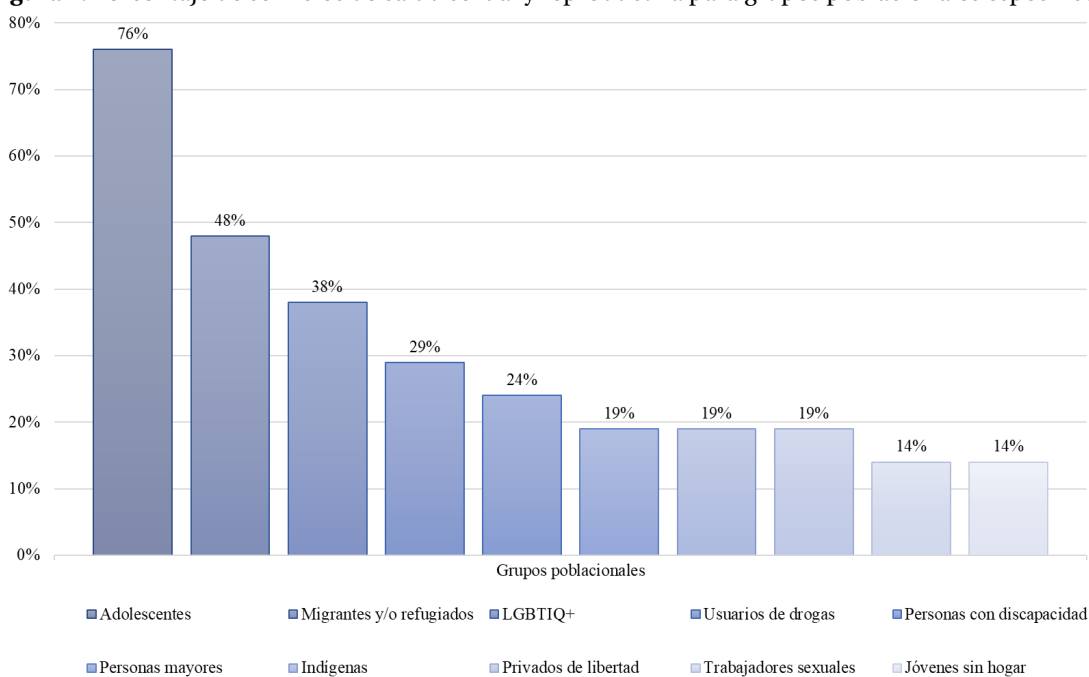
La participación ciudadana en el diseño de la política es declarada por Australia, Escocia y España, mientras que Finlandia, Grecia y Luxemburgo lo realizan en la implementación de ésta. Por su parte, Colombia manifiesta la inclusión de la opinión ciudadana en el proceso de evaluación de la política pública. En cuanto a programas y/o servicios de SSR, el 48% de los países sostiene que la opinión pública será involucrada en los procesos de diseño; un 33% en la implementación y en un 19% en la evaluación de éstos. Por último, Alemania, Francia, México, Nueva Zelanda, Suecia y Turquía no declaran la participación ciudadana en algún proceso propio de la política pública, de los programas o servicios de SSR vinculados con ella. Cabe mencionar que respecto a los procesos de revisión continua y actualización de la política, ningún país establece la participación ciudadana.

En cuanto a reparación, el 86% de los países no declara ningún elemento de esta garantía. Colombia es el único país que detalla los elementos que considera esta dimensión, estableciendo como situación de alegato cualquier vulneración a los de-

rechos sexuales y reproductivos, sus mecanismos judiciales y administrativos que abarcan vigilancia, inspección y control de las normas definidas para estos casos. Además, planifican la creación de sistemas de alerta temprana, protocolos de detección y sistemas de respuesta integral inmediata. Si bien, Chile y México no declaran una definición de la situación de alegato, sí establecen leyes para el manejo de la vulneración de derechos como por ejemplo, la Ley de N°20.584 de Derechos y Deberes del paciente y la ley de vulneración de DDHH de la población adolescente respectivamente.

4. Discusión

La incorporación del enfoque de derechos está presente en las políticas de SSR, pero no a cabalidad, dado que las garantías sociales no se incluyen por completo en el diseño de las políticas y a su vez su declaración es heterogénea, es decir, no se plantean en la misma proporción. Este hallazgo es coincidente con la evidencia científica, toda vez que se entiende que los Estado aún se encuentran en una transición paradigma en la formulación de políticas públicas desde un paradigma tradicional

Figura 4: Porcentaje de servicios de salud sexual y reproductiva para grupos poblacionales específicos

Fuente: Elaboración propia

(Valente Adarme y Giménez Mercado, 2010; Quintero Contreras, 2020).

Las subgarantías de acceso y calidad se describen ampliamente, mientras que protección financiera y revisión continua parcialmente y la reparación de manera deficiente. Según la evidencia, la utilización parcializada del concepto promueve la implementación de marcos institucionales que no se relacionan con la garantía de derechos, “vaciando al enfoque de significado”; no está determinado si existe una intencionalidad tras esta forma de incorporación (Guendel, 2002). Debido a esto es pertinente relacionar las garantías declaradas en las políticas con los elementos no descritos que deberían estar presentes para una incorporación completa del enfoque de derecho.

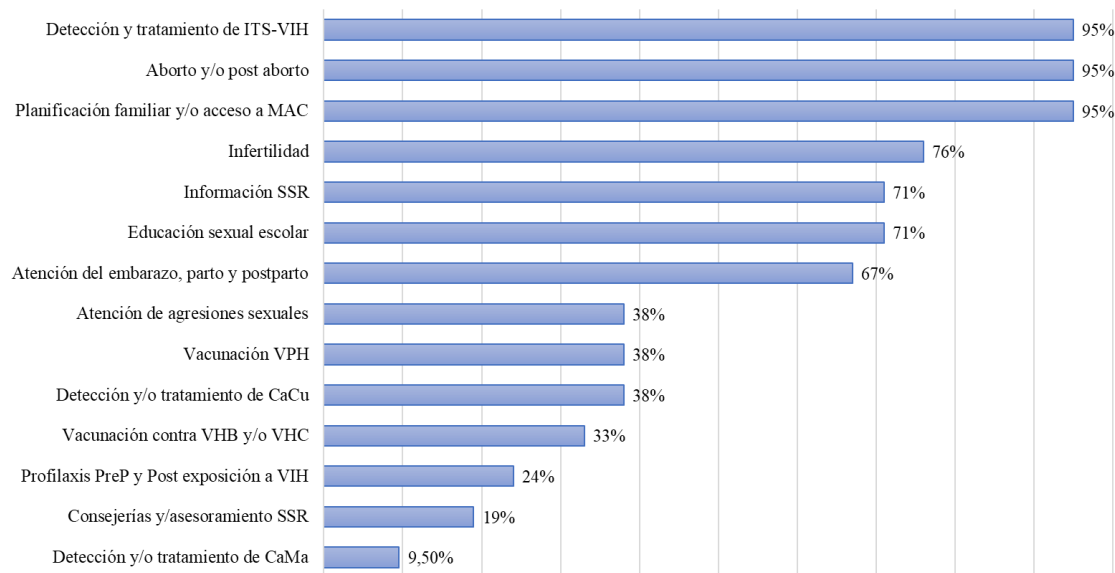
En base a los resultados, se plantean estrategias y líneas de acción coherentes con la etapa de TO en la que mayoritariamente se encuentran los países (entre etapa IV y V), es decir, contemplan una mejora de los servicios que se entregan.

El acceso a servicios de SSR en todos los países, a través del sector público, ONG y/o privados, permite a la población ejercer su derecho a atención

en salud; sin embargo, las prestaciones asociadas tienen un rango de variación entre los países, por lo que teóricamente no se asegura la entrega total de aquellas contempladas por la OMS, como en el caso de los cánceres ginecológicos, considerados en: Australia, Colombia, Francia, Grecia, Inglaterra, Italia, México y Noruega; y los servicios de infertilidad incluidos en: Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia e Italia.

En la mayoría de los países se incluyen servicios para grupos históricamente discriminados, que buscan modificar y/o ampliar sus herramientas considerando los obstáculos para acceder a la atención. Finlandia e Inglaterra incorporan intérpretes de lengua de señas. Además, Finlandia cuenta con recursos informativos en diversos formatos abarcando a una mayor población en sus servicios.

Los países disponen de mecanismos técnicos en calidad para asegurar los beneficios sociales agrupados en: leyes/decretos, normas/guías y planes/programas; se declara al menos un mecanismo por país. Las prestaciones se salvaguardan por medio de distintos mecanismos, por ejemplo,

Figura 5: Porcentaje de servicios de salud sexual y reproductiva según tipo

Fuente: Elaboración propia

Chile asegura ITS/VIH a través de una Ley, Colombia mediante una norma y Australia con un plan de acción. Los servicios corresponden a los sugeridos por la OMS, pese a ello no todos los países los incorporan en su totalidad, siendo deficiente en los casos de infertilidad y violencia sexual.

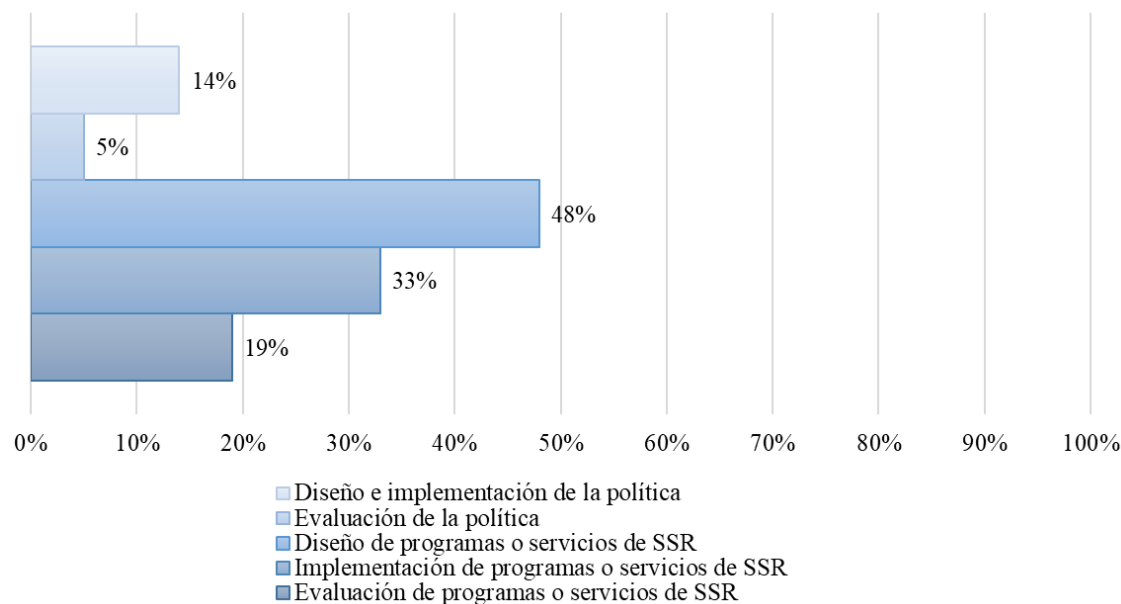
La determinación de responsables no existe en Alemania, Bélgica, Chile, Nueva Zelanda y Suecia; mientras que los otros países los declaran en al menos uno de los procesos, Colombia construye un plan operativo donde designa encargados para llevar a cabo la política. Según Nuria Cunill (2010: 41-72), establecer responsabilidades para los diferentes actores condiciona la eficacia de la implementación de las políticas, por ende, la ausencia de éstas demarca una deficiencia en la integración del enfoque. Interpretando lo expuesto; Colombia, Finlandia y México son capaces de realizarlo mediante la integración de estos en actividades y tareas específicas, asignándoles un rol activo en la implementación, en contraste a los otros países quienes solo los mencionan. El seguimiento y evaluación de la implementación verifica el avance de la política, gran parte de los países declara realizarlos mediante indicadores de SSR; sin embargo, Australia, España y Francia no mencionan su posterior monitoreo.

Según los resultados, la rendición de cuentas se declara de manera deficiente, incorporándose en Chile, Colombia, España, Italia y México. Esta garantía es crucial para favorecer el ejercicio progresivo de la ciudadanía respecto a su derecho a salud, debido a que pueden supervisar si es que las políticas responden a sus necesidades (Guendel, 2002).

La protección financiera asegura el costo de las prestaciones, por esto los países cuentan con presupuestos para implementación, aseguradoras de salud, leyes y planes de subvenciones. En particular, Grecia tiene patrocinio financiero del sector privado en programas de Salud Pública. Irlanda y Nueva Zelanda al no declarar elementos de esta garantía afecta el ejercicio efectivo de los derechos, dado a que se incurre en el riesgo de promulgar una política que no cuenta con los fondos suficientes para ser implementada y asimismo podría limitar el acceso de grupos poblacionales a ciertas prestaciones por no contar con los recursos económicos suficientes para cubrir el costo de los servicios.

La revisión continua de las garantías permite identificar y ajustar problemáticas emergentes, por ello al no estar incluida en la mitad de los países se puede incurrir en la priorización de me-

Figura 6: Porcentaje de políticas públicas en salud sexual y reproductiva que declaran participación ciudadana según etapa de la política pública



Fuente: Elaboración propia

didadas que desprotegen a los titulares de derecho o en invertir tiempo y recursos en temáticas ya zanjadas sin tener consciencia de esto. Entre los países que sí la consideran se presenta una inconsistencia al declarar una revisión de la política sin su correspondiente actualización. Por otra parte, Chile, Irlanda y México optan por realizar este proceso solo en documentación afín a la política.

La participación ciudadana se incluye en 15 países en el diseño, implementación y evaluación mayoritariamente de programas o servicios de SSR y en menor medida en la política, lo que debería incrementarse debido a que permite que ejerzan un rol activo en las decisiones institucionales que afectan sus intereses (Giménez Mercado y Valente Adarme, 2010); favoreciendo el empoderamiento social y la construcción de una democracia política más efectiva en la que el consentimiento ciudadano tenga mayor valor (Naser et al., 2010). Asimismo, destacamos la importancia de plantear la colaboración directa de la población en la actualización de la política, basado en lo establecido en la dimensión de rendición de cuentas, donde no son incluidos en primera ins-

tancia, porque de esta forma se logra hacer efectivo su derecho a participar en la toma de decisiones que afectan directamente su salud e intereses.

Colombia es el único país que describe todos los elementos que aseguran la reparación de situaciones que vulneran los DDHH, incluyendo la prevención de estas, a diferencia de Chile y México que presentan medidas de carácter punitivo. La gran ausencia de esta garantía en las políticas podría dar paso a que las personas no puedan gozar al máximo sus derechos por no contar con mecanismos que los salvaguarden y que sean capaces de responder ante la vulneración de estos. Asimismo, contar con marcos normativos en esta dimensión debe tener como finalidad prevenir la ocurrencia de hechos similares en un futuro interviniendo con las causas subyacentes, siempre en pos del ejercicio pleno de los derechos de la población.

De acuerdo con los resultados, se destaca la política de Colombia que a nivel de garantías es quien mejor refleja el enfoque de derecho, tanto en sus apartados como en el plan operativo que guía su implementación. Se esperaría que existiera una coordinación entre los países de la OCDE en

cuanto a la inclusión del enfoque en sus políticas, mediante una pauta de orientación para su construcción e incorporación del paradigma, considerando que son países que ratifican los DDHH.

En los países, queda plasmada la necesidad de discutir públicamente acerca de la política. Asimismo, es relevante ahondar en las razones del porqué la garantía de reparación es invisibilizada en el diseño de estas políticas y la forma en que se plantean los indicadores para mantener coherencia con los resultados esperados de la política.

5. Conclusión

El estudio revela la incorporación del enfoque de derecho en las políticas de SSR, sin embargo, la descripción de las garantías sociales, medio por el cual se estudia el enfoque, es heterogénea teniendo un uso parcializado del concepto. El enfoque es considerado como punto clave en las etapas de construcción de una política, por lo que, de acuerdo con los resultados, sería pertinente mejorar su diseño en cuanto a la inclusión de este mediante la descripción completa y realista de las garantías sociales, otorgando la misma importancia a cada una, puesto que en su conjunto favorecen el ejercicio del derecho.

Los resultados evidencian que se prioriza la entrega de servicios en desmedro de otras garantías como participación ciudadana, protección financiera y reparación; lo que deja entrever una percepción estatal de individualidad de cada garantía y no como un conjunto de medidas interrelacionadas que conforman el enfoque de derecho.

En cuanto a las limitaciones del estudio puede existir una diferencia entre lo declarado en estas políticas con lo omitido en el texto y/o ejecutado a nivel práctico, donde el enfoque podría incorporarse de manera óptima. Sería pertinente recabar esta información en un nuevo estudio cualitativo que incluya a *policy makers* y/o actores claves de la política con tal de caracterizar los elementos mencionados como limitantes. Adicionalmente la lectura líneal que nos otorgó esta revisión generó una limitación metodológica puesto que el análisis crítico de las unidades de análisis no consideró los procesos histórico-sociales locales (nacio-

nales) que tensionaron a los países a las políticas de salud sexual y reproductiva que hoy poseen, y que por tanto la interpretación de resultados debe realizarse con una meramente comparativa.

Finalmente, se enfatiza que mediante la inclusión adecuada del enfoque de derechos en las políticas públicas se facilita el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, el Estado a través de su rol garante puede adoptar medidas centradas en las demandas sociales generando un impacto significativo en la salud poblacional.

Referencias

- Banco Mundial (2010). *La Formulación de Políticas en la OCDE: Ideas para América Latina.*, (59207), 91149.
- CEPAL (2014). Consenso de Montevideo. *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, p. 140.
- CIDH (2018). Políticas públicas con enfoque de derechos humanos. *Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Vol, 53)*.
- Cunill, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Rev del CLAD Reforma y Democracia*, 46:4172.
- Department of Health and Welfare of Finland (2016). *Promote, Prevent, Influence - Sexual and Reproductive Health Action Plan 2014-2020*.
- Department of Health of England (2013). *A Framework for Sexual Health Improvement in England*.
- Department of Health of Ireland (2020). *National Sexual Health Strategy 2015- 2020*.
- Department of Health of Queensland (2016). *Sexual Health Strategy 2016-2021*.
- Erazo, X., Aleuy, M., y Ganuza, E. (2013). *Políticas públicas: exigibilidad y realización de derechos*.

- Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (2008). *Sexual and Reproductive Health and Rights, and Population Dynamics A BMZ Policy Paper*.
- Federal Public Service Foreign Affairs Foreign Trade and Development Cooperation (2007). *The Belgian Development Cooperation in the Field of Sexual and Reproductive Health and Right*.
- Gacitúa-Marió, E., Norton, A., Georgieva, S., y Moreno, L. (2009). *Construyendo igualdad de oportunidades a través de las garantías sociales Nuevos enfoques de política social y cumplimiento de derechos*.
- Giménez Mercado, C. y Valente Adarme, X. (2010). *El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes*.
- Guendel, L. (2002). Políticas públicas y derechos humanos. *Rev Ciencias Sociales*, 3(97):10525.
- Institute National for Public Health and Environment (2018). *National Action Plan for STIs, HIV and Sexual Health 2017-2022*.
- Joanna Briggs Institute (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*. Joanna Briggs Inst.
- Ministerio de Salud de Chile (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.
- Ministerios de Salud y Protección Social, Profamilia de Colombia (2014). *Organización Internacional para las Migraciones, Fondo de Población de las Naciones Unidas*.
- Ministero della Salute (2015). *Piano Nazionale Per La Fertilità*.
- Ministry of Solidarity and Health of France (2017). *National Sexual Health Strategy*.
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2006). *The Promotion of Ssexual and Reproductive Health and Rights for Denmark's Support*.
- Ministry of Health (2010). *National Strategic Action Plan for the Sexual and Reproductive Health Sector*.
- Ministry of Health (2015). *Sexual Health and Blood Borne Virus Framework 2015-2020 Update*.
- Ministry of Health and Social Solidarity of Greece (2008). *National Action Plan Reproductive and Sexual Health 2008-2012*.
- Ministry of National Education Children and Youth, Ministry of Equal Opportunities, Ministry of Family Integration and Greater Region, y Ministry of Health of Luxembourg (2018). *Programme National Promotion de la Santé Affective et Sexuelle*.
- Naser, A., Williner, A., y Sandoval, C. (2010). *Participación ciudadana en los asuntos públicos: Un elemento estratégico para la Agenda 2030 y el gobierno abierto*. CEPAL.
- OMS (2003). *Salud reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avancia hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo*, 42(1), 5758.
- OMS (2010). Developing sexual health programmes. *Reproductive Health*, 55.
- OMS (2017). *Sexual health, human rights and the law*. Share-Net International.
- ONU (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*.
- ONU (2016). *Derechos humanos:Manual para parlamentarios No26*.
- Quintero Contreras, J. A. (2020). Políticas públicas con enfoque en derechos humanos. *Caleidoscopio – Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 24(43). DOI: [10.33064/43crscsh1518](https://doi.org/10.33064/43crscsh1518).
- Secretaría de Salud (2014). *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*.

Souza, J., Tunçalp, O., Vogel, J. P., Bohren, M., Widmer, M., Oladapo, O. T., y Temmerman, M. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(1):14. DOI: [10.1111/1471-0528.12735](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12735). BJOG.

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). *Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis*.

Valente Adarme, X. y Giménez Mercado, C. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: Ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos Del CENDES*, 27(74):5180. En línea: [enlace](#).

Anexo

Alemania	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: Sexual Health AND Reproductive Health	Inglaterra	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: Sexual Health
	Sitio de búsqueda	https://www.bmz.de/en/index.html		Sitio de búsqueda	https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/
	Fecha de búsqueda	18-05-20		Fecha de búsqueda	24-06-20
Australia	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: Strategies, Sexual Health	Irlanda	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Sexual Health OR Reproductive Health
	Sitio de búsqueda	https://www.health.qld.gov.au/		Sitio de búsqueda	https://www.gov.ie/
	Fecha de búsqueda	30-08-20		Fecha de búsqueda	07-05-20
Bélgica	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: Human Right, Sexual Health AND Reproductive Health	Italia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Public Policy, Sexual Health AND Reproductive Health
	Sitio de búsqueda	https://diplomatie.belgium.be/		Sitio de búsqueda	http://www.salute.gov.it/
	Fecha de búsqueda	15-05-20		Fecha de búsqueda	14-06-20
Chile	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Política Pública, Salud Sexual y Salud Reproductiva	Luxemburgo	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: National Strategies
	Sitio de búsqueda	https://diprece.minsal.cl/		Sitio de búsqueda	https://sante.public.lu/
	Fecha de búsqueda	20-05-20		Fecha de búsqueda	10-07-20
Colombia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Política Pública, Salud Sexual AND Salud Reproductiva	México	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Programa nacional de salud, salud sexual AND salud reproductiva.
	Sitio de búsqueda	https://www.minsalud.gov.co/		Sitio de búsqueda	https://www.gob.mx/salud
	Fecha de búsqueda	27-04-20		Fecha de búsqueda	05-05-20
Dinamarca	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Sexual Health AND Reproductive Health	Noruega	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Strategies, Sexual Health
	Sitio de búsqueda	http://www.danida-publikationer.dk/		Sitio de búsqueda	https://www.kompetansebroen.no/
	Fecha de búsqueda	27-05-20		Fecha de búsqueda	18-06-20
Escocia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Public Policy AND Sexual Health	Nueva Zelanda	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Human Rights, Strategies, Sexual Health OR Reproductive Health
	Sitio de búsqueda	https://www.gov.scot/		Sitio de búsqueda	https://www.health.govt.nz/
	Fecha de búsqueda	30-06-20		Fecha de búsqueda	15-05-20
España	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Estrategia nacional, salud sexual AND salud reproductiva	Países Bajos	Algoritmo de búsqueda	Palabras claves: Sexual Health
	Sitio de búsqueda	https://www.msbs.gob.es/		Sitio de búsqueda	https://www.rijksoverheid.nl/
	Fecha de búsqueda	04-05-20		Fecha de búsqueda	07-07-20
Finlandia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Reproductive Health (<i>lisääntymisterveys</i>)	Suecia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Sexual Health AND Reproductive Health
	Sitio de búsqueda	https://stm.fi/etusivu		Sitio de búsqueda	https://www.government.se/
	Fecha de búsqueda	30-08-20		Fecha de búsqueda	18-05-20
Francia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Strategies, Sexual Health AND Reproductive Health (<i>Stratégies, Santé Sexuelle, Santé Reproductive</i>)	Turquía	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Sexual Health (<i>cinsel salk</i>)
	Sitio de búsqueda	https://solidarites-sante.gouv.fr/		Sitio de búsqueda	https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/
	Fecha de búsqueda	13-05-20		Fecha de búsqueda	11-08-20
Grecia	Algoritmo de búsqueda	Palabras clave: Health () » National Actions Plan ()			
	Sitio de búsqueda	https://www.moh.gov.gr/			
	Fecha de búsqueda	30-08-20			