

Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad

Manual 
2017

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, "Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad". Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017, 48p; 18x25 cm.

ISBN: 978-9942-22-185-8

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. Salud sexual | 3. Atención |
| 2. Salud reproductiva | 4. Discapacidad |

Ministerio de Salud Pública
Av. República de El Salvador 36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono: (5932) 381 44 00
www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización.

En este manual se incorporan lineamientos para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad. Fue elaborada bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública, con la participación de representantes de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Es de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Publicado en 2017

ISBN: 978-9942-22-185-8

Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de «Atribución No Comercial Compartir Igual 3.0 Ecuador», y pueden reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad". Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017 Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por: Digital Center
Corrección de estilo: Digital Center
Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador



No. 0117-2017.

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que, es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador, en particular la salud, conforme lo dispone su artículo 3, numeral 1;
- Que, la citada Constitución de la República, en el artículo 32, establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;
- Que, la Norma Suprema, en el artículo 35, preceptúa que las personas con discapacidad, entre otras, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado y que el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad;
- Que, el artículo 363 de la Constitución de la República prevé entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "(...) 6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (...)*";
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, dispone que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que, el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "(...) 6. *Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;*" (...).";
- Que, la Ley Orgánica de Discapacidades, en su artículo 6, señala que se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento a dicha Ley;
- Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 8 de 24 de mayo de 2017, el señor Presidente de la República del Ecuador nombró como Ministra de Salud Pública a la doctora María Verónica Espinosa Serrano;
- Que, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública emitido con Acuerdo Ministerial No. 4520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización: "*Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados.*";
- Que, es necesario contar con un instrumento que contenga lineamientos que sean aplicados por los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud, en la atención integral de la salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

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



0117-2017.

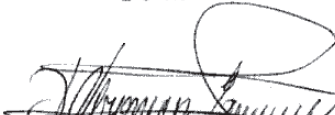
ACUERDA:

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Manual “Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para personas con discapacidad”.
- Art. 2.-** Disponer que el Manual “Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para personas con discapacidad”, sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.
- Art. 3.-** Publicar el citado Manual en la página web del Ministerio de Salud Pública.

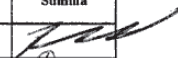












DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud; a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud; y, a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de las Direcciones Nacionales de Hospitales, de Discapacidades y del Primer Nivel de Atención en Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a **23 AGO. 2017**


Dra. Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. Fernando Comejo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Jakeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
	Dra. Luz Obando	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria, subrogante	
	Dr. Carlos Carvajal	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretario	
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	
	Abg. Isabel Ledesma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
	Dr. Antonio Siguenza	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	
	Dra. María José Mendieta	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	
	Dra. Marijosé Jimbo	Dirección Nacional de Discapacidades	Directora	
	Dr. Esteban Bonilla	Dirección Nacional de Normatización	Director, Encargado	
Elaboración del Acuerdo	Dra. Elna Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	
Elaboración del Manual	Mgs. Ana Lucía Bucheli	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Coordinadora	
	Psic. Lillón López	Dirección Nacional de Discapacidades	Analista	



ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A, **23 AGO. 2017**


SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

Dr. Fernando Cornejo, Ministro de Salud Pública Subrogante.

Dra. Sonia Díaz, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Subrogante.

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

Dr. Carlos Carvajal, Subsecretario Nacional de Promoción e Igualdad de la Salud.

Md. Esteban Bonilla, Director Nacional de Normatización.

Dra. María José Jimbo, Directora Nacional de Discapacidades.

Dra. María José Mendieta, Directora Nacional de Promoción de la Salud.

Dr. Mario Vergara. Representante Auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas

Equipo de redacción y autores

Dra. Marcia Elena Álvarez, Oficial, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Mgs. Ana Lucía Bucheli, Coordinadora, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Mgs. Yorelvis Perdomo, Especialista, Gestión Interna de Prevención Primaria y Secundaria-MSP

Psic. Lilián López, Analista, Dirección Nacional de Discapacidades

Mgs. Grace Vásquez, Consultora, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Equipo de colaboradores

Dr. Luis Villalva, Técnico, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades.

Psic. Norma Oña, Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Ximena Raza, MHP, Coordinadora, Dirección Nacional de Normatización - MSP

Equipo de validación

Lic. Mirtha Albán, Analista, Gestión Interna de Cuidado Permanente - MSP

Mgs. Ivonne Alvarado, Asociación de padres y amigos para el apoyo y la defensa de los derechos de las personas con autismo en Ecuador. APADA.

Mgs. Pablo Analuisa, Especialista, Gestión Interna de Promoción de la Salud Mental

Sra. Ana Lucía Arellano. Red Latinoamericana de Organizaciones No Gubernamentales de Personas con Discapacidad, RIADIS.

Mgs. Diana Barreno, analista, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

Obst. Erendira Betancourt, obstetrix, CZ9-CZ Dirección Zonal de Provisión y Calidad de Servicios de Salud

Dra. Amelia Briones, especialista, Gestión Interna de Mejoramiento Continuo de la Calidad

Abg. Alejandro Calderón. Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Psic. Julia Fernández, Analista, Gestión Interna de Prevención Primaria y Secundaria - MSP

Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad

Psic. Mayra Granja, analista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Dra. Adita Jácome, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Soc. Paulina Jiménez, Directora, CZ9-CZ Dirección Zonal de Promoción de la Salud e Igualdad

Lic. Elizabeth Laines, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades.

Psic. Edith Luzuriaga, Especialista, CZ9-CZ Dirección Zonal de Provisión y Calidad de Servicios de Salud

Dr. Xavier Mayorga, Quito.

Dra. Pilar Merizalde, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades.

Mgs. Tatiana Montalvo, Consejo de Protección de Derechos COMPINA.

Dr. Juan Panchi, Director Asistencial, Hospital Gineco - Obstétrico Luz Elena Arizmendi

Psic. Sandra Samaniego, Obstetrix rural, CZ7-DDS-11D09- Zapotillo - Salud.

Lic. Patricia Torres. Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Antr. Soledad Torres, Consejo Nacional para Igualdad de Género.

Dra. Lola Valladares, Oficial, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Psic. Ana Gabriela Vaca, Fundación de Enseñanza Individualizada para Niños, Niñas y Adolescentes. EINA

Msc. Verónica Vera. Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos "Surkuna".

Md. Raif Nasre, especialista, Dirección Nacional de Normatización

Contenidos

Presentación	8
1. Antecedentes y justificación.....	9
2. Objetivos y alcance	13
3. Glosario de términos	14
Capítulo 1. Inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud.....	18
1.1. Barreras identificadas en la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad	19
1.1.1. Barreras sociales, culturales y de comunicación	19
1.1.2. Mecanismos para superar las barreras sociales y de comunicación que limitan el acceso a salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.....	21
1.1.3. Barreras arquitectónicas, urbanísticas y de equipamiento	23
Capítulo 2. Consideraciones generales en la atención de la Salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad.....	24
2.1. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva por temas específicos	29
2.1.1. Anticoncepción y prevención de embarazos no planificados. Uso de métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y permanentes.....	29
2.1.2. Embarazo, control prenatal, parto y control posparto	29
2.1.3. Atención de la violencia sexual en personas con discapacidad	31
2.2. Lineamientos generales para la atención en salud por tipo de discapacidad: discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial-mental	33
2.2.1. Discapacidad física	33
2.2.2. Discapacidad intelectual	35
2.2.3. Discapacidad psicosocial (mental o psicológica).....	36
2.2.4. Discapacidad visual	37
2.2.5. Discapacidad auditiva	38
4. Abreviaturas	40
5. Referencias.....	40
6. Anexo No. 1	47

Presentación

El mundo, la región y el país enfrentan retos importantes en relación a la salud integral e inclusiva de las personas con discapacidad. Deudas históricas hacen de este tema una prioridad de salud pública, desarrollo y, sobre todo, de derechos humanos. La salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional es uno de los retos para el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, los imaginarios y las prácticas en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, plantean interrogantes sobre si se han superado viejos paradigmas, como el infantilizarlos o creer que son “seres asexuados”. Esto ha provocado que se limite el accionar frente a su salud sexual y reproductiva, dificultando su acceso a estos servicios.

La salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y los derechos reproductivos han sido reconocidos como derechos humanos en la legislación nacional e internacional. Su concepto ha evolucionado de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia que supera el ámbito biológico y se relaciona con los derechos, la cultura, los valores universales, y la realización personal de cada ser humano. Así, para el correcto ejercicio de estos derechos, la Constitución garantiza el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud sexual y salud reproductiva.

Dentro de sus acciones, el Ministerio de Salud Pública garantiza el derecho a la salud, así como los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población, incluidas las personas con discapacidad. Por este motivo es necesario que los y las profesionales de salud reconozcan los derechos, las necesidades, y las expectativas específicas de este grupo poblacional en los temas de salud sexual, reproductiva y violencia basada en género para superar las barreras de acceso y evitar su discriminación y exclusión.

Para cumplir este compromiso, el Ministerio de Salud Pública desarrolló este Manual que contiene lineamientos prioritarios para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, para todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública

1. Antecedentes y justificación

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial presentaron en el año 2011 el Informe mundial sobre la discapacidad, en el que se estimó en más de mil millones las personas que tenían algún tipo de discapacidad y se concluía que esta prevalencia crecerá en el futuro inmediato, debido al envejecimiento, los accidentes que elevan el riesgo de adquirirla, la desnutrición, los desastres causados por fenómenos naturales y el aumento de enfermedades crónicas que suponen limitaciones para la actividad como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.(1)

La discapacidad puede afectar a las personas en cualquier momento de la vida, generando limitaciones funcionales que podrían privarles de autonomía y la capacidad de tomar decisiones. Si las limitaciones funcionales no son atendidas constituyen un riesgo para la integridad y el desarrollo de las personas, además de ser la causa principal de discriminación, violencia, inequidad y pobreza.(2)

La forma como se ha atendido y abordado la discapacidad es diversa. Inicialmente surge el modelo tradicional de atención que atribuye la discapacidad a causas orgánicas y se proponen los primeros tratamientos enfocados en curar las enfermedades que la producían desde un enfoque proteccionista de institucionalización, asistencia, caridad y beneficencia.(3) Posteriormente, en el siglo XIX las personas con discapacidad son objeto de estudio, en el que se les proporciona un tratamiento médico-asistencial en centros especializados, desde un enfoque orientado a su rehabilitación física, psíquica o sensorial, a partir de una atención multidisciplinaria definida por el personal sanitario.(3)

Desde finales del siglo XX, se desarrolla el modelo biopsicosocial, conocido como el modelo social de inclusión y derechos humanos, que reconoce a las personas con discapacidad como titulares de derechos con las capacidades para exigirlos y poder para tomar las decisiones que afecten su vida de forma libre e informada. La atención se orienta a proporcionar a las personas los medios sociales, económicos, educativos, culturales, sanitarios, tecnológicos entre otros, que les permita alcanzar el mayor grado de autonomía.(3)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo suscrito en el año 2007, establece el marco jurídico en el abordaje y atención de las personas con discapacidad desde el enfoque de derechos humanos. La Convención define a la discapacidad como un término que abarca las deficiencias de diverso tipo, que al interactuar con las barreras arquitectónicas, sociales, culturales y de comunicación del entorno, impiden o limitan la integración y participación plena y efectiva de las personas en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.(4)

Desde el enfoque de derechos humanos se plantea que son las prácticas culturales y sociales excluyentes y discriminatorias presentes en las relaciones humanas, las que han limitado el desarrollo y discapacitan a las personas que tienen alguna deficiencia ya sea física, visual, auditiva o mental, colocándolas en situación de desventaja y agravando sus condiciones de vulnerabilidad.(5)

Las barreras que afectan a las personas con discapacidad incluyen factores como espacios y ambientes físicos inaccesibles, ausencia de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto de la discapacidad, servicios y políticas que no existen o dificultan su participación

en todas las áreas de la vida. Estas barreras se ven agravadas por contextos de pobreza, desnutrición, epidemias, violencia, migración, analfabetismo, desempleo, vulnerabilidad, entre otras. La pobreza y la discriminación, a su vez aumentan las probabilidades de experimentar deficiencias por las secuelas asociadas a la desnutrición, el poco o ningún acceso a salud y medicamentos y las prácticas sociales peligrosas.(1,6,7)

Por lo tanto, desde el enfoque de derechos humanos se plantea la eliminación de las barreras actitudinales, sociales, físicas, urbanísticas, arquitectónicas, de la comunicación y la información y se enfatiza en la necesidad de construir entornos y servicios sociales accesibles para todas las personas, a fin de que las personas con discapacidad, desde su autodeterminación decidan su propio proceso de desarrollo.(5,8)

El Ecuador asumió el enfoque de discapacidad como uno de los principios de aplicación de los derechos humanos y reconoce a nivel constitucional a las personas con discapacidad, como un grupo de atención prioritaria. Se cuenta con instituciones y organismos estatales especializados de protección de sus derechos a fin de garantizar el acceso en iguales condiciones a servicios de salud, educación, trabajo, recreación, entre otros y a la protección integral frente a las desigualdades, exclusión, discriminación o violencia.(9)

La legislación ecuatoriana define a las personas con discapacidad, como aquellas *“que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”* y por tanto no ejercen plenamente sus derechos.(10)

El derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud, como el estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto gozar de salud implica que todas las necesidades afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales de las personas estén cubiertas.(11)

La salud es un derecho humano fundamental, que tiene que ser garantizado por los Estados quienes están obligados a generar las condiciones sanitarias, para que todas las personas independientemente de su condición, puedan alcanzar el grado máximo de salud que sea posible.(11)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, menciona en el artículo 3, que son los Estados en corresponsabilidad con la sociedad, los que tienen que garantizar el acceso de las personas con discapacidad a servicios y programas de salud que se presten sobre la base del consentimiento libre e informado; con la calidad apropiada, oportuna, aceptable y asequible; la no discriminación y el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas como parte de la diversidad y la condición humana.(4,11)

Como se hace referencia en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Estado Ecuatoriano es un estado de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural;

que garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental, vinculado al ejercicio de otros derechos, que sustentan el buen vivir.(9)

La Constitución de la República del Ecuador evidencia que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano, en línea con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994, que fue el primer instrumento internacional que incluyó explícitamente la salud sexual y reproductiva como uno de los derechos que deberán ser garantizados por los Estados. Específicamente, se reconocen a las personas con discapacidad derechos que promueven políticas de prevención de las discapacidades y equiparación de oportunidades para su integración social; la atención especializada y provisión de medicamentos de forma gratuita; la rehabilitación integral y asistencia permanente; la atención psicológica gratuita; la eliminación de barreras arquitectónicas y el acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre otros, que garanticen el pleno ejercicio de los derechos y la sanción frente a toda forma de discriminación, abuso y trato inhumano o degradante.(9,12)

En el Artículo 66 de la Constitución del Ecuador, se garantiza el derecho a una vida digna que asegure la salud, la integridad personal libre de violencia en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad. Específicamente se mencionan:

- El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.
- El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.
- El derecho a guardar reserva sobre sus convicciones. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre las mismas. En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular o de sus legítimos representantes, la información personal o de terceros sobre sus creencias religiosas, filiación o pensamiento político; ni sobre datos referentes a su salud y vida sexual, salvo por necesidades de atención médica.
- El derecho a la intimidad personal y familiar.

La atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, proyectó a enero de 2017 una población de 16.428.628 personas, de las cuales 465.041, aproximadamente el 3%, tienen algún tipo de discapacidad de acuerdo al Registro Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública actualizado a febrero de 2017. De este grupo, 206.424 (44,39%) personas con discapacidad son mujeres y 258.617 (55,61%) son hombres.

Las personas con discapacidad en el país, se encuentran entre los grupos de atención prioritaria que requieren de atención específica y especializada dadas las condiciones de riesgo que enfrentan por la presencia de barreras sociales, culturales, arquitectónicas y de información que limitan el cumplimiento de sus derechos.(8,9)

Se tiene evidencia a nivel mundial de barreras relacionadas con las actitudes negativas en el trato hacia las personas con discapacidad por parte de los profesionales de la salud; poco conocimiento de sus necesidades específicas de salud sexual y reproductiva; instalaciones físicas y equipamiento insuficiente o no adecuado. Tienen mayor riesgo de ser sometidas a tratamientos sin su consentimiento, sufrir violencia o lesiones involuntarias por accidentes de tránsito, quemaduras o caídas.(1,13–15)

Pueden ser más vulnerables a enfermedades secundarias prevenibles (trombosis venosas profundas, infecciones urinarias, espasmos musculares, osteoporosis, úlceras de decúbito, dolores crónicos y complicaciones respiratorias); comorbilidades (por ejemplo, la prevalencia de la diabetes sacarina en las personas aquejadas de esquizofrenia es de aproximadamente un 15%, en comparación con un 2% a un 3% en la población general); afecciones relacionadas con la edad y mayor frecuencia de muerte prematura.(1,7,13,16,17)

Las personas con discapacidad además tienen dificultades en costearse servicios de salud especializados, que no se ofrecen en redes de atención pública, tales como concepción asistida y estudios genéticos.(1,13) Específicamente, se presentan dificultades en la atención y garantía de los derechos a la salud sexual y reproductiva, por la presencia de creencias y prejuicios sociales relacionados con la supuesta “asexualidad” de las personas con discapacidad, la infantilización y sobreprotección especialmente a las mujeres desde sus familias y personas responsables de su cuidado y por el desconocimiento e invisibilización de su sexualidad.(14,15)

A las personas con discapacidad se les niega y limita el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad y su orientación sexual; el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir si tener o no hijos y cuándo y cuántas hijas e hijos tener; el derecho a la intimidad personal y familiar, entre otros, por considerarlas incapaces de comprender lo que sucede con su vida sexual y reproductiva.(14,15)

El desconocimiento y limitada atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad por parte de la sociedad en su conjunto y de ellas mismas, las predispone a riesgos asociadas a la violencia sexual, embarazo, maternidad y paternidad adolescente, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual.(14,15)

De acuerdo a los datos del Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2010, se estima en 128.152 las mujeres con discapacidad que están en edad fértil (15 a 49 años). De este grupo el 53.4% de mujeres no han tenido hijos, el 34% tuvo entre 2 y 4 hijos y el 8%, 5 y más hijos.

Aproximadamente el 43% de las mujeres con discapacidad tuvieron su primer hijo o hija entre los 15 y 19 años, el 34% entre los 20 y 24 años y el 19% entre los 25 y 40 años. Se tiene evidencia que el embarazo en la adolescencia tiene repercusiones graves en la vida presente y futura de las mujeres, poniendo en riesgo su salud y limitando seriamente sus posibilidades de concluir la educación formal e insertarse laboralmente. Esta situación se agrava en las mujeres con discapacidad exponiéndolas a una mayor prevalencia de la violencia física o sexual por parte de las parejas o personas responsables de su cuidado.(18,19)

El 3% de las mujeres con discapacidad tuvieron su primer hijo o hija entre los 10 y 14 años, lo que da cuenta de que las mujeres, adolescentes, niñas y niños con discapacidad, especialmente quienes

tienen deficiencias intelectuales, dificultades de aprendizaje y de comunicación, son un grupo con alto riesgo de sufrir algún tipo de violencia.(18,19)

En el estudio, “La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres”, publicado en el año 2014 por el Consejo Nacional para la Igualdad de Género, se menciona que:(18)

“La incidencia de la violencia hacia las mujeres puede aumentar o disminuir de acuerdo a ciertos factores que las colocan en una situación de mayor o menor vulnerabilidad. Claro ejemplo de ello son las más altas cifras que se observan entre las mujeres que señalan tener algún tipo de discapacidad permanente con respecto a aquellas que no las tienen, evidenciando una doble desigualdad por las construcciones de género y por su condición de personas con discapacidad. La mayor brecha se encuentra entre aquellas que han sufrido violencia patrimonial y sexual, pues el porcentaje es superior en 10 y 9 puntos respectivamente entre las mujeres que tienen alguna discapacidad con respecto a las que no la tienen.”

En todas las formas de violencia por parte de esposos, novios o convivientes ésta se ejerce más entre las mujeres que tienen una discapacidad permanente que entre aquellas que no la tienen, pues en ellas se conjugan las discriminaciones de género con las desventajas provenientes de su discapacidad física o intelectual.(18)

Por lo anterior, es responsabilidad de todo el personal de salud, garantizar la atención integral en salud. Los establecimientos de salud deben estar preparados para responder a las necesidades particulares en materia de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, entregando información de manera sencilla, con conocimientos actualizados basados en la mejor evidencia científica disponible, a fin de que puedan tomar decisiones libres e informadas por ellas mismas.

Para cumplir este compromiso el Ministerio de Salud Pública, desarrolló este manual que contiene lineamientos para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, para todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

2. Objetivos y alcance

Objetivo general

Contribuir a mejorar la atención integral de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivo específicos

1. Contar con herramientas técnicas que permitan fomentar estilos de vida saludables y facilitar el reconocimiento y detección oportuna de determinantes sociales y factores de riesgo que afecten la salud sexual y reproductiva y el desarrollo integral de las personas con discapacidad.

2. Asegurar la atención de calidad y calidez en salud sexual y reproductiva, que responda a las necesidades y expectativas de la población con discapacidad, de acuerdo a las competencias y niveles resolutivos del Sistema Nacional de Salud.
3. Fortalecer la información y asesoría en salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad en el marco de sus derechos.
4. Fortalecer la participación de las personas con discapacidad y sus familias en la exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos y en la corresponsabilidad del autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

Alcance

Este manual es de aplicación obligatoria para el Sistema Nacional de Salud, está dirigido a los equipos de profesionales de todos los establecimientos de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

3. Glosario de términos

Accesibilidad: principio que garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas.(10)

Accesibilidad universal: condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, y de la forma más autónoma y natural posible.(20)

Ajustes razonables: modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.(4)

Atención centrada en la persona: es una dimensión de la calidad esencial que se interrelaciona con la seguridad del usuario/a en sentido que el sistema de salud debe asegurar un trato digno, con calidez y respeto, personalizado, colaborativo y activado, con el propósito de obtener los mejores resultados para el usuario/a.(22,23)

Barreras para la inclusión: son los factores en el entorno de una persona que limitan la funcionalidad de la misma y generan discapacidad.(6)

Causas de la discapacidad: son las deficiencias que generan alteraciones en las funciones o estructuras corporales, mentales o intelectuales de una persona. Desde el enfoque de derechos humanos, la sola existencia de una deficiencia no genera discapacidad, pues se debe también considerar la interacción de estas con las barreras que la persona enfrenta en su entorno y que son las que limitan su funcionalidad.(6,24)

Consentimiento informado: es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el usuario/a, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. El consentimiento informado tiene dos componentes: 1. Derecho a recibir información clara, veraz y oportuna sobre todos los aspectos del procedimiento objeto del consentimiento; y, 2. El derecho a decidir de manera autónoma, sin interferencias, violencia o coerción sobre si aceptar o rechazar determinado procedimiento.(11,25-27)

Comunicación alternativa o aumentativa: métodos de comunicación que suplementan o reemplazan el habla y la escritura, por ejemplo: expresiones faciales, símbolos, gráficos, gestos y señas. Los primeros complementan el lenguaje oral y/o escrito tradicional cuando, por sí solo, no es suficiente para entablar una comunicación efectiva con el entorno; mientras que los segundos, sustituyen al lenguaje oral y/o escrito tradicional cuando éstos no son comprensibles o están ausentes.(28)

Discapacidad: es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción de las personas con deficiencias y las barreras, debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.(4)

Discriminación por motivos de discapacidad: cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.(26)

Enfoque de derechos: se basa en el reconocimiento de las personas como titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles. Los derechos humanos generan obligaciones al Estado quien debe garantizar y crear condiciones para el ejercicio de los mismos. Las personas son sujetos de participación y concepción de las políticas públicas que se constituyen en las herramientas requeridas para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.(11)

Enfoque de género en la atención en salud: parte del reconocimiento de las necesidades sociales, culturales y biológicas diferenciadas de hombres y mujeres e implica eliminar las inequidades existentes, a fin de que las personas se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El objetivo del enfoque es actuar para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en la gestión en salud.(25)

Enfoque de inclusión social: Este enfoque promueve el derecho de todas las personas a vivir una vida libre de discriminación, incorporando, en todos los procesos, de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud a las personas históricamente excluidas. Exige que seamos capaces

de identificar y nombrar las situaciones de injusticia que fomentan la desigualdad en los grupos sociales, a fin de evitar toda forma de discriminación respetando las diversidades. Las estrategias que propone este enfoque se incluyen como parte de las políticas públicas, programas y servicios que ofrece el Estado para garantizar los derechos (salud, educación, protección social, economía, entre otros).(29)

Enfoque de sexualidad integral: plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación.(25)

Enfoque de interculturalidad: implica insertar en las prácticas de atención de salud la aceptación, respeto, valoración y aprendizaje de la diversidad cultural de los pueblos y nacionalidades y de otros grupos poblacionales diversos. Esta dinámica demanda ampliar la visión frente a las diferentes formas de vivir de cada sector poblacional según su edad, etnia, género, religión, opción sexual, ideología o posición política; lo cual implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales.(11)

Enfoque intergeneracional: reconoce que los ciclos de vida se encuentran cargados de determinantes biológicos pero sobre todo, responden a una construcción sociocultural, por tanto los límites entre una etapa y otra no depende únicamente de la edad, sino más bien de todas las condiciones y valoraciones sociales con las que cuenta una persona para ser considerada niña o niño, adolescente, joven, adulta/o, o adulta/o mayor. Bajo esta dinámica se dan relaciones de poder inequitativas; el adulto centrismo facilita las condiciones para pensar, actuar y decidir en nombre de quienes no son considerados adultos, provocando abusos y excesos en contra de niñas, niños, adolescentes y adultos mayores, evento que el enfoque inter generacional intenta contrarrestar desde la promoción y ejercicio de derechos en los diferentes ciclos de vida.(25)

Factores contextuales y ambientales: se refieren a todos los aspectos del mundo externo que forman el contexto de la vida de un individuo, y, como tal, afectan al funcionamiento de esa persona. Incluyen al medio físico natural con todas sus características, al medio físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diversas relaciones o roles, las actitudes o valores, los servicios y sistemas políticos y las reglas y leyes.(30)

Lenguaje positivo: lenguaje respetuoso e incluyente que se utiliza para referirse hacia o respecto de personas con discapacidad, dejando de lado palabras o adjetivos que son excluyentes o denigrantes. Es la primera forma de inclusión hacia las personas con discapacidad en la sociedad.(28)

Limitaciones en la actividad: son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Se enfoca en el plano individual.(30)

Restricciones en la participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.(30)

Salud reproductiva: estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad.(25,31)

Salud sexual: estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.(25)

Sexualidad: es un aspecto central durante toda la vida del ser humano. Abarca el sexo, identidades, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad incluye varias dimensiones: erótica, reproductiva, afectiva y social, sin embargo, no todas se experimentan o expresan de manera simultánea. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, y sociales, así como factores externos del ser humano como la económica, política, cultura, ética, legal, historia y religión o espiritualidad. El ejercicio de una sexualidad saludable implica el derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, satisfacción, y a elecciones libres y responsables.(25,32,33)

Orientación sexual: *“organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.”* Es decir la orientación sexual hace referencia a la atracción física, romántica, y/o emocional permanente de una persona por otra. La orientación sexual representa una característica personal que es independiente a la identidad y expresión de género.(34)

Violencia basada en género: es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos y de forma sistemática. Es una manifestación extrema de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, niñas, niños y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como, por ejemplo, a las personas transexuales femeninas y hombres gay. Las consecuencias de la violencia de género son, a menudo, devastadoras y prolongadas, además, afectan la salud física de las personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: maltrato físico y psicológico, agresiones sexuales, acoso sexual y violación. Una de las manifestaciones más sofisticadas es la publicidad sexista.(11)

Violencia física: implica todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias.(35)

Violencia psicológica: constituye toda acción u omisión que cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones contra la mujer o miembros del núcleo familiar.(35)

Violencia sexual: es todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas, dependencia emocional, o material, el abuso de poder, o cualquier otro medio coercitivo.(35)

Violencia intrafamiliar: es la violencia ejercida contra la mujer o miembros del núcleo familiar y que consiste en toda acción u omisión que provoque maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia.(35)

Capítulo 1. Inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud

La inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud, implica implementar ajustes razonables que garanticen condiciones físicas, comunicativas y culturales que contribuyan a la eliminación de la discriminación y de las barreras que limitan el acceso de las personas con discapacidad a los mismos.(36)

Los ajustes razonables implican adecuaciones y utilización de apoyos o ayudas técnicas y tecnológicas, de infraestructura, de información y comunicación que faciliten el uso por parte de las personas con discapacidad de los servicios de salud.(36)

La implementación de ajustes razonables para asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de salud, contribuye a que puedan vivir en forma independiente y autónoma y puedan participar plenamente en todos los aspectos de la vida en comunidad.(36)

Para la implementación de ajustes razonables que generen espacios de salud inclusivos, se deben tomar en cuenta las capacidades y los grados de funcionalidad de las personas con discapacidad, sin embargo, estos son tantos y tan variados que los criterios de diseño a aplicar son igualmente múltiples y diversos, por lo tanto, se aplicarán progresivamente soluciones de acuerdo a los recursos y tecnología disponible.(36)

En este manual, se ofrecen recomendaciones para hacer ajustes razonables de acuerdo al tipo de discapacidad.

1.1. Barreras identificadas en la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

1.1.1. Barreras sociales, culturales, actitudinales, de información y de comunicación

Las barreras sociales, culturales, actitudinales, de comunicación e información identificadas en la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, son producto de:(37–40)

- Creencias y prejuicios provenientes del desconocimiento y la discriminación que el personal de salud, técnicos sociales, cuidadores, familiares y las propias personas tienen sobre su sexualidad.
- Incompatibilidad cultural y /o lingüística entre usuario y equipo de salud;
- Escasa información sobre salud sexual y reproductiva en formatos accesibles para personas con discapacidad.
- Débil percepción de las necesidades de atención integral de la salud de las personas con discapacidad.
- Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito;
- Diferencias en la cosmovisión de los procesos de salud y enfermedad;
- Percepción de la atención como impersonal y de deficiente calidad;
- Temor o vergüenza de las personas de atenderse en un servicio de salud y particularmente en los de salud sexual y reproductiva;

Para superar las barreras sociales identificadas en la atención a las personas con discapacidad es necesario asegurar procesos de comunicación entre las personas con discapacidad y el personal de salud, desde un enfoque de género, generacional e inclusivo de derechos humanos y el principio de no discriminación por razones de discapacidad orientados a superar los siguientes estereotipos, creencias y prejuicios:

a) Percepción social sobre la discapacidad

Existen distintas formas sociales de nombrar y dar significado a la discapacidad y a las personas con discapacidad. Frecuentemente se ha utilizado un lenguaje negativo que enfatiza limitaciones y deficiencias asociadas a la discapacidad.

La adjetivación de la condición de discapacidad como enfermedad o anomalía, junto con los calificativos discriminatorios específicos para los distintos tipos, refuerzan las siguientes prácticas culturales: actitudes calificadas como “negativas” que producen discriminación, exclusión, miedo y violencia; y, actitudes que producen pena, caridad, desconocimiento e ignorancia. En ambos casos, las actitudes y prácticas culturales limitan el desarrollo y autonomía de las personas con discapacidad. (37–40)

Las actitudes calificadas como “negativas”, producen sentimientos y emociones de vergüenza, ira, malestar, miedo y depresión en las personas con discapacidad lo que afecta directamente su

autoestima, su identidad, su capacidad de establecer relaciones sociales con otros y sus oportunidades para alcanzar un proyecto de vida autónomo.(41)

Las actitudes de pena y caridad, limitan el desarrollo de las personas con discapacidad, porque las asumen como objetos de atención y satisfacción de necesidades básicas y no como sujetos de derechos, por lo que no se promueve su participación y toma de decisiones en los ámbitos que les afectan, tampoco se promueven procesos de autonomía.(41)

b) Desconocimiento e invisibilización de las necesidades afectivas de las personas con discapacidad

La atención a las personas con discapacidad, frecuentemente se ha enfocado en mejorar funciones que les permita lograr su independencia en el área educativa y laboral, desconociendo o invisibilizando aspectos relacionados con la afectividad, sexualidad y salud sexual y reproductiva. Las razones de este desconocimiento son múltiples, estando presentes incluso en el propio grupo de personas con discapacidad.(42)

El abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad, se ha reducido a aspectos relacionados con el “sexo”; “relaciones sexuales”, “genitalidad”; “funciones orgánicas y fisiológicas del cuerpo” y “reproducción” y no ha respondido a aspectos relacionados con el afecto, las emociones, el cuerpo, la corporalidad, la afectividad, las relaciones sociales o la construcción de la identidad.(41,42)

c) La creencia errónea que debido a su situación de discapacidad, las personas son “seres asexuados”

Se niega la sexualidad de las personas con discapacidad, por la supuesta “hipersexualidad” o la de que son “seres asexuados”, desde la percepción errónea de que no pueden gozar de una sexualidad satisfactoria ni de una vida sexual activa, porque no tienen sus “facultades” o sus cuerpos “completos”. (37,38)

Esta creencia tiene implicaciones directas en los riesgos que enfrentan las personas con discapacidad por la falta de información y la desatención en materia de salud sexual y reproductiva, y dificultades en la accesibilidad a servicios especializados.(43)

d) La infantilización de las personas con discapacidad, limita la toma de decisiones y su actuación en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

El trato a las personas con discapacidad, se caracteriza por un paternalismo sobreprotector y una infantilización en el trato y la crianza, lo que limita el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos al desconocerlos como parte sus necesidades. Se asume a la dimensión humana de la sexualidad como una manifestación inadecuada en las personas con discapacidad.(37,43)

Las personas con discapacidad no toman decisiones sobre su sexualidad en forma autónoma, y son generalmente, sus familias, educadores y cuidadores o el personal médico quienes deciden por ellas. El ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos está por tanto limitado a las posibilidades de acceso a información o servicios de salud sexual y reproductiva.(1,14)

El limitado acceso de las personas con discapacidad a información sobre su sexualidad y salud sexual y reproductiva, aumenta las posibilidades de enfrentar violencia sexual, embarazos no planificados, maternidades forzadas, maternidad y paternidad en la adolescencia, infecciones por el VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, abortos y esterilizaciones forzadas, comportamientos sexuales de riesgo, entre otras. (1,14,37)

e) Desconocimiento e invisibilización de los derechos reproductivos de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad ven seriamente limitado el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre cuándo y cuántos hijos tener o el decidir no tenerlos por prejuicios relacionados con la idea que la maternidad/paternidad y la discapacidad son incompatibles o que tanto hombres como mujeres con discapacidad tienen que cumplir con los roles establecidos en la sociedad para sus correspondientes géneros.(1,14,37,43)

Se les niega a las personas con discapacidad, la posibilidad de ser padres o madres, cuando han manifestado este interés por:

- Los supuestos riesgos frente a un embarazo de transmitir al feto la discapacidad sin el análisis correspondiente que aclare que no todas las discapacidades tienen su origen en causas congénitas;
- Limitaciones que puedan tener en el cuidado y crianza de los niños y niñas por su condición de dependencia o el tipo y grado de severidad de la discapacidad;
- Complicaciones para la condición de salud de las mujeres con discapacidad durante el embarazo, parto y posparto.(1,14,37)

1.1.2. Mecanismos para superar las barreras sociales y de comunicación que limitan el acceso a salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

a) Aproximación y trato a las personas con discapacidad:

La comunicación de carácter interactivo, frecuente en la prestación de servicios, debe producirse en un entorno de características apropiadas espaciales, acústicas y visuales utilizando los códigos y canales apropiados a cada situación.

- Adoptar un enfoque de inclusión, generando ajustes razonables para la eliminación de las barreras sociales, culturales y de comunicación, respetando la diversidad;
- Realizar la prevención, promoción y atención de la salud, considerando la pertinencia cultural (idioma, costumbres, cosmovisión);
- Garantizar un trato humanizado, intercultural, sin discriminación a la etnia, cultura, discapacidad y género, sin prejuicios con la persona con discapacidad y su familia, a fin de que la persona no abandone el establecimiento de salud ni los tratamientos;

- La asesoría y asistencia en salud sexual y reproductiva igual que para el resto de población, debe realizarse en un espacio que ofrezca privacidad, esté iluminado y no tenga distractores acústicos o visuales;
- Utilizar frases cortas evitando términos científicos que puedan ser poco comprensibles, de ser necesario repetir varias veces la información y las instrucciones y realizar preguntas que permitan garantizar que la información fue comprendida por las personas;
- Facilitar el derecho que las personas con discapacidad tienen a desempeñarse en autonomía de acuerdo a sus posibilidades por lo que se recomienda al personal de salud, administrativo y de servicios del Sistema Nacional de Salud:
 - Preguntar siempre a las personas si necesitan ayuda y cómo puede facilitarse esta ayuda. Por lo general, las personas con discapacidad son autónomas y prefieren hacer por sí mismas sus actividades diarias y desplazamientos, sin embargo pueden necesitar de apoyo para por ejemplo subirse a una camilla;
 - En caso de que acudan al servicio con un/a acompañante preguntar si quieren entrar solas/os a la consulta médica.
 - Dirigirse siempre a las personas con discapacidad a menos que ellas no puedan seguir la conversación.
 - No victimizar a las personas con discapacidad, ni demostrar pena o compasión.
 - Dirigirse y ofrecer atención de acuerdo a la edad de las personas evitando tratarlos como niños o niñas.
 - Tener una actitud de predisposición a la escucha reconociendo que las que saben mejor sobre sus necesidades son ellas mismas No tratar a las personas con discapacidad como enfermas, simplemente considerar tienen una condición de vida diferente.
 - No mostrar formas de cariño que no se utilizarían con otro usuario/a.
 - Las ayudas técnicas de las personas con discapacidad hacen parte de su espacio corporal, tales como sillas de rueda, bastones, prótesis entre otros; no alejarlas de ellas, ni moverlas sin permiso, porque genera una sensación de inseguridad.
- Utilizar un lenguaje, asertivo, positivo y correcto al referirse y dirigirse a las personas con discapacidad:(44)
 - La forma correcta es: persona con discapacidad, o persona con discapacidad más el tipo de discapacidad: física, auditiva, visual, intelectual, psicosocial - mental).
 - Al referirse a las personas con discapacidad auditiva, se puede utilizar la frase, persona sorda. Sin embargo, no aplica la definición sordo-muda o muda;
 - No utilizar la palabra discapacitado o cualquier tipo de lenguaje discriminador que enfatice la condición discapacitante;
 - No corresponde referirse a una persona con discapacidad como “anormal”, o referirse a una persona sin discapacidad como “normal”. Tampoco aplica utilizar las palabras enfermo o minusválido.

- En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud y la atención intercultural, cuando la situación lo amerite, se facilitará la articulación con hombres y mujeres de sabiduría. Adicionalmente, cuando un usuario lo requiera, se debe facilitar el acceso a tratamientos complementarios de medicina ancestral, acorde a la normativa del Ministerio de Salud Pública.

b) Mecanismos de información y comunicación:

La acción de comunicarse, se refiere a la transmisión y recepción de información respecto de las condiciones de uso de un espacio y los servicios que se prestan en el mismo, a través de medios materiales, así como de la interacción directa con otra persona.(20,21)

Los mecanismos son:

- Adaptar la información sobre salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad, de acuerdo al nivel cognitivo, sociocultural y de procedencia.
- Las personas con discapacidad pueden usar, aplicar o utilizar medios visuales, sonoros y táctiles, de forma que permita a los usuarios y usuarias, independiente de sus capacidades, obtener la información necesaria para el uso de los servicios de salud y del entorno.
- Disponer de medios de comunicación como lenguaje de señas ecuatorianas, o de comunicación alternativos o aumentativos de acuerdo las necesidades de cada tipo de discapacidad para ofrecer asesoría y atención en salud sexual y reproductiva.

1.1.3. Barreras arquitectónicas, urbanísticas y de equipamiento

Estas barreras se refieren a obstáculos o impedimentos que obstruyen o limitan la libre movilidad de las personas y el uso de los servicios de salud, particularmente para personas con movilidad reducida. Por ejemplo aceras, escaleras, carencia de ascensores, rampas y servicios sanitarios, marcos, puertas y pasillos estrechos, ausencia de equipamiento apropiado para la atención, entre otros.(20,21,45,46)

El acceso de las personas con discapacidad en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes, que el resto de las personas a los servicios de salud requiere:

- Facilitar la accesibilidad, eliminando las barreras arquitectónicas y de organización que tomen en consideración las necesidades específicas por tipo y grado de discapacidad.
- En los casos de personas con discapacidad física y sensorial, los requerimientos están dirigidos además a garantizar la accesibilidad física y el acceso a la información a través de adaptaciones del espacio físico y distintos formatos que orienten el tránsito de las personas por los establecimientos de salud.
- Se requiere la implementación de rampas de acceso, ascensores, pasillos que permitan recorridos accesibles para personas con sillas de ruedas.

Capítulo 2. Consideraciones generales en la atención de la Salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad

El desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidades: físicas, sensoriales, intelectuales y psicosociales, no es diferente al de las personas sin discapacidad, por lo tanto se debe aplicar la normativa específica desarrollada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, sin embargo, la expresión y necesidades respecto de su sexualidad dependerán del tipo y severidad de la discapacidad y las condiciones médicas relacionadas con ellas.(14)

Las personas con discapacidad requieren información sobre servicios o prestaciones de salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, prácticas sexuales sin protección e inseguras, violencia sexual, y garantizar la salud materna, entre otros.(14)

Específicamente la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva, se orienta a garantizar que los y las usuarias con discapacidad de los servicios de salud puedan: (25,39,47,48)

- Tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual.
- Tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y decidir si tener o no hijos, y de ser su decisión tenerlos cuándo y cuántos.
- Tomar decisiones sobre su intimidad personal y familiar.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuenta con manuales y Guías de Práctica Clínica dirigidas a los prestadores de servicios de salud, para orientar la toma de decisiones informadas por parte de los usuarios y usuarias del Sistema Nacional de Salud. (Ver anexo 1.)

a) Asesoría en salud sexual y reproductiva

Para ofrecer asesoría sobre salud sexual y reproductiva a las personas el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, propone un modelo(25) que comprende cinco pasos:

Paso 1 Vínculo	Establecer una relación de confianza e informar que la consulta es confidencial.
Paso 2 Indagación	Identificar la situación, demanda o necesidad de la persona.
Paso 3 Información	Compartir información de acuerdo a las demandas y responder a las necesidades del usuario/a.
Paso 4 Decisión	Facilitar la toma de decisiones autónomas, informadas y responsables.
Paso 5 Cierre	Cerrar la asesoría, sin dejar de acordar con el/la usuaria los pasos a seguir
Fuente. Ministerio de Salud Pública, 2006 (18). Elaboración propia	

Los profesionales de salud que brindan asesoría en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, deberán considerar los siguientes puntos:(25,49,50)

- Al ofrecer asesoría y atención, se debe aplicar el proceso de toma de decisiones y consentimiento informado respecto a la vivencia de la sexualidad con las personas con discapacidad, los representantes legales, familiares y cuidadores.
- La asesoría a una persona con discapacidad requiere el reconocimiento de que ésta, al igual que todas las personas, tiene los mismos derechos sexuales y reproductivos que cualquier otra persona.
- Todas las personas somos seres sexuados, tenemos una sexualidad que se manifiesta a través del deseo sin importar la condición física, por lo tanto, las personas con discapacidad también tienen deseos sexuales y el impulso de expresarlos y satisfacerlos.
- Las personas con discapacidad tienen pocas posibilidades de resolver sus necesidades afectivas y sexuales, entre otros motivos, debido a la concepción reduccionista de la sexualidad y las creencias que la consideran no apta para casarse o vivir en pareja y tener hijos y cuidarlos. Sin embargo, una persona con discapacidad puede y debe disfrutar y expresar su sexualidad.
- Se debe informar a la persona con discapacidad, o a su representante legal o a su persona de confianza en el autocuidado, que la vivencia de la sexualidad de manera autónoma depende del tipo y nivel de discapacidad. Por ejemplo, se tiene evidencia que en la mayoría de las mujeres con discapacidad, la transición normal de la adolescencia se experimenta a la edad esperada. Sin embargo, algunas limitaciones pueden alterar la aparición y el momento de la pubertad. Las niñas con discapacidades intelectuales y mentales suelen tener un desarrollo sexual más temprano, mientras que aquellas con condiciones del espectro autista podrían presentar un ligero retraso en la aparición de la menarca. Adicionalmente, las adolescentes con trastornos que afectan la nutrición o que inhiben el crecimiento pueden tener una aparición más tardía de la pubertad.
- Reconocer que el rol, tanto de quien brinda asesoría, como de los representantes legales de las personas con discapacidad, no es la sobreprotección e infantilización de la persona, sino el desarrollo del máximo grado posible de autonomía e independencia.
- Desarrollar habilidades para que, tanto las personas con discapacidad como sus cuidadores o cuidadoras, reconozcan situaciones de violencia sexual y puedan manifestarlas de manera segura.
- Reconocer que las personas con discapacidad pueden embarazarse y embarazar, por lo tanto, necesitan conocer su condición fértil y tomar medidas para prevenir el embarazo. Por lo que se debe abordar el tema con sus parejas y sus familias. Considerando la condición de riesgo de esta población (abandono, pobreza etc.).
- Las personas con discapacidad intelectual suelen ser poco inhibidas y conscientes del principio de privacidad que rige la sexualidad humana, por lo tanto, expresan sus manifestaciones eróticas de manera abierta. Desmitificar la idea de que las personas con discapacidad intelectual tienen manifestaciones sexuales impulsivas, no controladas y muy peligrosas para sí mismas o para quienes le rodean. Esta singularidad debe trabajarse, no desde la represión, sino desde el autocuidado.
- Trabajar con la persona y con su familia en la importancia de la privacidad e intimidad y la autonomía en la toma de decisiones.

b) Toma de decisiones informadas:

Se debe garantizar que la información, servicios de salud sexual y reproductiva y los procedimientos médicos que se van a llevar a cabo, se ofrezca directamente a la persona con discapacidad, a fin de que pueda por sí misma tomar decisiones informadas y basadas en evidencia sobre el ejercicio de su sexualidad.(27)

- Al ofrecer información y atención a la persona con discapacidad, dirigirse directamente a ella y preguntarle si desea o necesita estar acompañada por un familiar, cuidador o persona de confianza al momento de recibirla.
- En las personas con discapacidad que pueden tomar decisiones, NO se requiere que sus padres o representantes legales otorguen el consentimiento para recibir información o una prestación sobre salud sexual y reproductiva.(27) Por lo que la decisión de estar acompañada o no le corresponde a la persona con discapacidad, esto incluye el recibir asesoría sobre anticoncepción, el uso de métodos anticonceptivos y asesoría sobre anticoncepción oral de emergencia.
- El Ministerio de Salud Pública cuenta con el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial que es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el usuario/a, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud.(27)
- El consentimiento informado ocurre en forma libre, voluntaria y consciente después que el profesional de salud competente le ha informado sobre la naturaleza de la atención, es decir, no solo sobre los riesgos reales y potenciales, como efectos colaterales y adversos, sino también sobre los beneficios del mismo.(25–27)
- El consentimiento informado tiene dos componentes: 1. Derecho a recibir información clara, veraz y oportuna sobre todos los aspectos del procedimiento objeto del consentimiento; y, 2. El derecho a decidir de manera autónoma, sin interferencias, violencia o coerción sobre si aceptar o rechazar determinado procedimiento.(25–27)
- La comunicación oral y escrita se realizará en términos que sean comprensibles para el usuario/a, evitando palabras técnicas o de difícil comprensión.
- Para mejorar la explicación se utilizarán ayudas didácticas.
- El profesional de la salud deberá invitar al usuario/a y preguntarle lo que requiere, así como solicitarle que explique en sus propias palabras lo comprendido, como un mecanismo de garantía de buena comunicación.
- La información que se suministre deberá permitir al usuario/a contar con una percepción realista de las alternativas, informando los beneficios y riesgos posibles.
- El proceso de consentimiento informado requiere de cuatro elementos claves: a) información necesaria, b) entendimiento de la información, c) capacidad para consentir, d) voluntariedad.(27)
- Cuando el tipo y grado de severidad de la discapacidad no le permite a la persona tomar decisiones por sí mismas, los representantes legales deberán ser informados sobre todos los aspectos relacionados con los procedimientos, a fin de que puedan tomar la decisión. El usuario/a también será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.(27)

- Si no existe una representación legal definida para un adulto que no tenga capacidad para decidir, o si se presenta un caso de disputa de la representación legal para tomar la definición respecto a la realización de una intervención clínica, el profesional de la salud, en base a la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del usuario/a.(27)
- Es importante considerar los términos que se usan para informar, así como el idioma o lengua nativa del usuario, con lo cual asegurar su comprensión.

El Consejo de Participación Ciudadana y el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades sobre la base de recomendaciones internacionales proponen los siguientes parámetros a fin de garantizar la participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones:

1. Personas con discapacidad que pueden dirigirse solas o que son autónomas. Pueden tomar las decisiones por sí mismas y son autodeterminantes.
2. Personas con discapacidad que tienen dependencia:
 - a. Personas con discapacidad visual, son autodeterminantes;
 - b. Personas sordas, necesitan intérpretes de lengua de señas, son autodeterminantes;
 - c. Personas con discapacidad intelectual, dependiendo del grado de severidad, deben tener persona de compañía que puede o no ser familiar, persona de confianza o de apoyo en la toma de decisiones;
 - d. Personas con discapacidad psicosocial. La persona decide si necesita o no estar acompañada para tomar decisiones, son autodeterminantes;
3. Si el personal médico tiene dudas respecto a la toma de decisiones autónomas de una persona con discapacidad, se requiere una evaluación por parte de un equipo multidisciplinario. Se asume como prioritario el criterio de la persona con discapacidad.

c) Recomendaciones para la asesoría en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad:

- Ofrecer información y asesoría en salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad, sus cuidadores y familiares a fin de superar las nociones de “asexualidad”, “infantilización” o “hipersexualización”.(14)
- Desarrollar información con enfoque de inclusión para las personas con discapacidad, sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, anticoncepción oral de emergencia, atención del embarazo, parto y posparto, prevención y atención de la violencia basada en género.
- En el proceso comunicativo, utilizar un lenguaje sencillo, con explicaciones que aclaren dudas y creencias sobre los anticonceptivos, relaciones sexuales, desarrollo sexual e infecciones de transmisión sexual. Abordar y evaluar prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y aplicar las estrategias para prevenirlas.
- La información facilitada a las personas como herramienta de apoyo para la toma de decisiones, debe ser información basada en evidencia, sin discriminación y libre de prejuicios, acerca de la efectividad, los beneficios y los riesgos de las opciones existentes y que se ofrecen.
- Revisar el Manual de Asesoría en salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud Pública, que menciona como temas claves los siguientes (14,25):

- Iniciación sexual, satisfacción y afectos.
- Responsabilidades de la convivencia en pareja.
- Autoerotismo y reconocimiento del cuerpo.
- Privacidad e intimidad.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-sida.
- Planificación familiar y prevención de embarazos no planificados.
- Uso de métodos anticonceptivos modernos hormonales, de barrera y permanentes.
- Cuidados maternos respetuosos: control prenatal, parto y posparto.
- Violencia sexual.
- Interrupción del embarazo en los casos que prevé la ley.

d) Recomendaciones para la atención en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad:

- La atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad debe contemplar las necesidades específicas y condiciones de salud que la persona presenta debido a su discapacidad. Se recomienda trabajar en equipos multi e interdisciplinarios para evaluar por ejemplo las interacciones entre medicamentos o el impacto de los procedimientos sanitarios en las secuelas específicas que la discapacidad produce en la persona.(14,25,51,52)
- Prestar atención a los indicadores de violencia, dado que las personas con discapacidad, especialmente las mujeres, adolescentes, niños-as, tienen un mayor riesgo de sufrir actos de violencia cometidos en sus hogares o en instituciones por miembros de la familia, por personas encargadas de su cuidado y atención o por terceros. En lo que respecta a la violencia, es fundamental promover e impulsar la detección precoz de situaciones de violencia de género en mujeres con discapacidad de acuerdo a la Norma de atención integral en violencia de género del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (14,25,51,52)
- Aplicar las prácticas seguras del Manual de Seguridad del paciente -usuario para el Sistema Nacional de Salud a fin de prevenir o mitigar los riesgos asociados a la atención de salud de la persona con discapacidad.(23)
- Tomar las medidas sanitarias necesarias para evitar que se lleven a cabo procedimientos de esterilización forzada y aborto coercitivo, sin el consentimiento informado de la persona con discapacidad o bajo el pretexto del bienestar y seguridad.
- Considerar que la esterilización forzada puede aumentar la vulnerabilidad de la niña, adolescente o mujer adulta con discapacidad ante abusos sexuales. La esterilización puede servir para encubrir violencia sexual, puesto que el embarazo a veces suele ser el único signo para detectar esta situación.(53)
- Se sugiere generar un comité de ética asistencial, que no es vinculante, pero que puede dar recomendaciones sobre esterilización. En caso de sospecha de violencia sexual se debe presentar la denuncia a la Fiscalía.
- Para atender los casos de embarazo por violación a mujeres con discapacidad mental (intelectual), revisar la Guía de Práctica Clínica de “Aborto terapéutico” del Ministerio de Salud Pública.(52,54–56)

2.1. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva por temas específicos

2.1.1. Anticoncepción y prevención de embarazos no planificados. Uso de métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y permanentes.

- La decisión sobre el uso y elección de métodos anticonceptivos hormonales, métodos de barrera, dispositivos intrauterinos o esterilización quirúrgica, debe ser voluntaria y tomada por la persona con discapacidad cuando su condición lo permita.
- Se recomienda socializar la información con el representante legal, cuidador o la pareja en el caso de que la persona con discapacidad lo autorice.
- La elección del método anticonceptivo, cuando el grado de discapacidad de la usuaria no lo permita; puede ser tomada por los representantes legales.(27)
- La elección del método anticonceptivo, debe estar basada en una adecuada asesoría y tomar en cuenta las situaciones clínicas relacionadas con las diversas discapacidades:
 - o Calidad de la circulación (especialmente de las extremidades);
 - o Trastornos de la coagulación;
 - o Grado de sensibilidad;
 - o Destreza manual;
 - o Interacciones farmacológicas con medicamentos de uso continuo.(14,57)
- Previamente a la prescripción de métodos anticonceptivos hormonales es necesario:
 - o Analizar o revisar las posibles interacciones farmacológicas entre los métodos hormonales, con los fármacos específicos prescritos para las personas con discapacidad.(58)
 - o Revisar los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos según los trastornos médicos específicos que se presenten.(58)
- Revisar las consideraciones y recomendaciones específicas para mujeres con discapacidad física y con discapacidades intelectuales y psicosociales detallado en la sección 2.2.2 y 2.2.3 de este manual.

2.1.2. Embarazo, control prenatal, parto y control posparto

Las personas con discapacidad son potencialmente fértiles por lo que se aconseja orientarlas a ellas y sus cuidadores/as y familiares sobre la capacidad de embarazarse y embarazar, si manifiestan su interés en la maternidad o paternidad.

Atención preconcepcional

- El objetivo de la asesoría preconcepcional dirigida a las personas con discapacidad y sus cuidadores y familiares se orienta a garantizar embarazos planificados, con conocimiento sobre los riesgos y los cuidados que se requieren, a fin de garantizar el bienestar de las personas y la toma de decisiones informadas.(25)
- En el caso de los hombres con discapacidad física, la fertilidad puede verse afectada y presentarse alteraciones en la eyaculación y la patología seminal, resultando en una alteración

de la vitalidad y de la movilidad espermática. En estos casos, se recomienda derivar o referir a la especialidad que corresponda. (59).

- En el caso de las mujeres con discapacidad se recomienda previo a un embarazo:
 - Realizar una valoración integral del estado físico, psicológico y social; en el que se aborden temas que puedan afectar el embarazo, la necesidad de asistencia durante la crianza de los hijos y las redes de apoyo existentes.(14,57,58)
 - Valorar los medicamentos que utilizan las mujeres con discapacidad, para reducir o eliminar aquellos considerados como teratogénicos, siempre que sea posible, al menos durante el primer trimestre. Esta valoración permitirá la planificación del tratamiento según se requiera y disminuirá el riesgo de futuras complicaciones.(59)

Control prenatal, atención del parto y posparto

El objetivo de los controles prenatales y atención del parto, dirigidos a mujeres con discapacidad a más de los contemplados en la Guía de Práctica Clínica. “Control Prenatal” (60), Guía de Práctica Clínica. “Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato” (61), Norma y Protocolo de Planificación Familiar (62) y otros documentos relacionados descritos en el Anexo 1 de este manual incluye:

- Ofrecer información a las mujeres embarazadas con discapacidad y a sus familiares y representantes legales de ser el caso, sobre el control prenatal, los cambios fisiológicos y anatómicos durante el embarazo; los factores de riesgo: enfermedades preexistentes que complican el embarazo, los síntomas o signos de alarma (señales de peligro) de complicaciones obstétricas.(59)
- Recomendar a las mujeres embarazadas con discapacidad, representantes legales o cuidadores y sus familias, la realización de controles prenatales periódicos, de preferencia mensuales que le permitirán identificar posibles complicaciones durante el embarazo.(60)
- Garantizar la accesibilidad de las mujeres con discapacidad a todos los servicios gineco-obstétricos e identificar las posibles barreras para, en caso necesario, si no se pueden solventar, referir oportunamente a otro centro especializado con la finalidad de facilitar el cuidado prenatal en este grupo de personas.(14)
- Ofrecer información y evaluar los mecanismos que se utilizarán para el parto, y las implicaciones y riesgos en la salud de las mujeres y los recién nacidos.(61)
- Ofrecer información y valorar las condiciones específicas clínicas de las mujeres con discapacidad que permita la elección de la vía ideal para el nacimiento: cesárea o parto vaginal. En este caso, la elección debe basarse en criterios clínicos y obstétricos.(61)
- Asesorar a la mujer embarazada y su pareja, en caso de tenerla, sobre el uso de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico, incluido la esterilización quirúrgica femenina y masculina.
- Para evitar, o disminuir, el riesgo de no reconocer el inicio del trabajo de parto, se debe enseñar a las usuarias y sus cuidadores/as o familiares, los signos y síntomas del mismo.(59)
- Ofrecer recomendaciones sobre lactancia materna de acuerdo a las condiciones clínicas y de discapacidad.(63)

2.1.3. Atención de la violencia sexual en personas con discapacidad

- Las personas con discapacidad, están en riesgo de ser víctimas de diferentes tipos de violencia sexual, condición que se ve agravada por factores relacionados con:
 - Las dificultades de comunicación que puedan o no tener según su grado o tipo de discapacidad y la falta de un lenguaje apropiado para comunicarlo en algunos casos.
 - Por la menor credibilidad que se les atribuye a la hora de denunciar hechos de este tipo.
 - Por la poca comprensión o conciencia por parte de las mujeres con discapacidad de que son víctimas de la violencia.
 - La falta de información sobre la sexualidad y las relaciones personales unido a la falta de oportunidades sociales, el aislamiento y su mayor proclividad a dar y recibir afecto, generan situaciones ambivalentes para ellas que pueden derivar en formas de violencia sexual.
 - La dependencia que tienen de sus familiares y cuidadores, quienes pueden ser los perpetradores. Además, a la situación de dependencia ha de sumarse la dificultad para acceder a los distintos recursos que les permitan llegar a interponer la denuncia, empezando por las barreras estructurales y físicas que les entorpecen la fluidez de los desplazamientos.
 - La severidad de un déficit y la falta de habilitación o rehabilitación adecuadas pueden provocar en las mujeres con discapacidad situaciones de grave indefensión ante la posibilidad de repeler y afrontar situaciones violencia basada en género incluida la violencia sexual.
- Los profesionales de la Salud, así como el personal administrativo que trabaja en los establecimientos de salud, deben atender a las víctimas de violencia basados en la Norma técnica. Atención integral en violencia de género, 2014. (23,52)
- De acuerdo a la capacidad de la persona y las posibilidades que tenga de comunicarse, mostrará una serie de cambios en su conducta o emociones, que si bien, aisladamente no son elementos diagnósticos de certeza, sí pueden ayudar a detectar que algo le está ocurriendo, o que quiere llamar la atención sobre algún problema. (52)
- A continuación, se detallan indicadores de sospecha y elementos de detección de violencia sexual, que los profesionales deben valorar de forma global y conjunta.(52)

Manifestaciones Indirectas

- o Dificultad para caminar o sentarse, para la micción, defecación, disuria, dolor o prurito génito-anal.
- o Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- o Dolor o escozor en genitales, contusión, hinchazón o sangrado en genitales externos, vagina o ano.
- o Infecciones de transmisión sexual;
- o Semen en boca, genitales o ropa.
- o Cuerpo extraño en vejiga, uretra, vagina o ano; mal control de esfínteres (enuresis, encopresis).

- o Infección urinaria a repetición.
- o Enfermedades psicosomáticas.

Manifestaciones directas

- o Traumatismos, hematomas, heridas en área genital, anal, uretral, o en área perineal.
- o Desfloración, desgarramiento himeneal reciente o antiguo, reborde posterior himeneal, con desgarramientos y adherencias o fusión irregular de labios en traumatismos sexuales antiguos (en caso de himen complaciente o elástico en adolescentes no queda lesiones evidentes).
- o Hemorragias o inflamación en áreas genital, anal, uretral.
- o Lesiones tipo chancro en boca o papilomatosis o hematomas en paladar.
- o Dilatación anormal en vagina, ano o uretra.
- o Signo de la dilatación anal refleja: en posición genupectoral se puede apreciar el recto a través de la apertura anal, ya que el esfínter externo voluntario no puede ser mantenido contraído más de 5 - 9 segundos (tenga presente que el coito por vía anal sin violencia puede no dejar lesiones).

Indicadores de comportamiento que sugieren violencia sexual en las personas con discapacidad

- o Excesivamente dóciles o agresivos/as y/o rebeldes.
 - o Con conducta pseudomadura o provocativa.
 - o Con comportamiento regresivo.
 - o Depresión.
 - o Trastornos del sueño.
 - o Conductas de evitación.
 - o Sentimientos o intentos suicidas.
 - o Abuso de sustancias psicoactivas.
 - o Enfermedades psicosomáticas.
- Se tiene evidencia que la violencia sexual perpetrada con frecuencia, no siempre deja evidencia física por lo que en las evaluaciones y exploraciones médicas a las personas con discapacidad, se debe poner atención a los indicadores de comportamiento antes mencionados.(52,64)
- El embarazo en mujeres menores de 14 años es un indicador de violencia sexual por lo que se recomienda actuar siguiendo la normativa establecida por el Ministerio de Salud pública para estos casos. *“Según datos del Servicio de Atención Integral de la Fiscalía se asegura que las niñas y adolescentes menores de 14 años son las principales víctimas de abuso sexual, casi siempre en entornos familiares o conocidos.”(55,64)*

2.2. Lineamientos generales para la atención en salud por tipo de discapacidad: discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial-mental

Los servicios de salud en los que participan personas con discapacidad requieren una atención especial y diferenciada de acuerdo al tipo de discapacidad:

2.2.1. Discapacidad física

Se refiere a condiciones que generan limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina o gruesa, es decir implica movilidad reducida y complejidad para la realización de ciertas actividades como deambular, correr, subir y bajar gradas, levantarse, sentarse, manipular objetos con las manos, mantener el equilibrio, controlar los esfínteres, entre otras, porque presentan deficiencias neuromusculoesqueléticas o de órganos internos.(6,24)

La discapacidad física puede ser producida por: amputaciones, accidentes cerebro vasculares-(ACV), alteraciones osteoarticulares, alteraciones neuromusculares, distonías musculares, espina bífida, osteogénesis imperfecta (mejor conocida como niños de cristal), parálisis cerebral, secuelas de poliomielitis, traumatismos craneoencefálicos, lesiones de la médula espinal (shock y sección medular), entre otros; así como también a alteraciones significativas de los diferentes aparatos y sistemas internos (cardiovascular, respiratorio, génito-urinario), etc. Por tanto, la discapacidad física puede ser muy evidente o puede ser imperceptible a primera vista. (6,24)

Estadísticamente es el tipo de discapacidad más numerosa, alcanzando un 49.59% del total del Registro Nacional de Personas con Discapacidad, incluye alteraciones como: hemiparesias, hemiplejias, paraparesias, paraplejias, cuadriparesias, tetraplejias, ataxias, coreas, amputaciones de miembros superiores e inferiores (totales o segmentarias), mal formaciones, etc. (6,24)

Las dificultades más comunes que enfrentan las personas con discapacidad física son:

- Barreras arquitectónicas, que limitan su desplazamiento como cordones de vereda, escalones, puertas angostas, rampas mal diseñadas, alfombras, baños no adaptados.
- Inexistencia o poca accesibilidad a camillas, equipamientos y demás dispositivos sanitarios. En particular, en la atención sanitaria ginecológica a las mujeres con discapacidad por la inexistencia de medios adaptados como camillas hidráulicas, máquinas de mamografía accesibles para mujeres en silla de ruedas, entre otras.(47)

Para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física se requiere garantizar las condiciones de accesibilidad al entorno, eliminando las barreras físicas, arquitectónicas y urbanísticas como gradas, ausencia de elevadores, alturas inadecuadas de cajeros y ventanillas de atención, implementando una anchura adecuada de veredas, pasamanos y rampas, así como la provisión de diversos tipos de elementos de apoyo o ayudas técnicas, como: órtesis, prótesis, sillas de ruedas, andadores, muletas, bastones, entre otros.(24)

Lineamientos para la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad física (6,24,59)

- Las discapacidades pueden provocar alteraciones de la función sexual. Estas alteraciones incluyen interrupciones de la respuesta sexual. Se recomienda prestar atención a los hombres en tres aspectos: disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria y alteración de la percepción orgásmica. En la mujer el problema también se relaciona con la función orgásmica genital.(59)
- Las personas con discapacidad física mantienen su capacidad reproductiva incluyendo las que han tenido lesión en la médula espinal, presentan secuelas de poliomielitis o presentan movilidad reducida, por lo que requieren asesoría en anticoncepción y planificación familiar. (59)
- Para ofrecer anticoncepción hormonal a mujeres con discapacidad, considerar los criterios de elegibilidad y adicionalmente, evaluar los riesgos específicos asociados a la discapacidad.
- Específicamente en las mujeres con discapacidad física, es necesario incluir la revisión de las funciones neurológicas, pulmonares y renales durante el embarazo, parto y posparto.(59)
- Se debe orientar a las mujeres con discapacidad física y a sus cuidadores en la identificación de los síntomas de las principales complicaciones asociadas al embarazo: infecciones de tracto urinario y vaginal, incremento de la incidencia de úlceras por presión, espasticidad, anemia, trombosis venosa profunda, trombo embolia pulmonar, hipertensión arterial, hemorragias, otras infecciones y disreflexia autónoma, entre otras.(59) Así mismo, se informará sobre señales de alarma de emergencias obstétricas.
- Para evitar, o disminuir, el riesgo de no reconocer el inicio del trabajo de parto, se debe enseñar a las usuarias y sus cuidadores/as o familiares, los signos y síntomas que debe reconocer: ruptura de membranas, espasmos abdominales o de extremidades inferiores, aumento de la espasticidad, sensación de falta de aire, aumento de espasmos vesicales o dolor en sitios superiores.(59)
- Para la atención de personas con discapacidad física es necesario contar con personal de apoyo que les permita superar barreras arquitectónicas, y asistir a las usuarias por ejemplo en las transferencias a las camillas.
- Adaptar el medio físico, eliminando las barreras arquitectónicas que dificulten su movilidad y desenvolvimiento. Se pueden ubicar consultorios para las personas con discapacidad en la planta baja. Se deben considerar salas amplias para permitir los desplazamientos y giros de una silla de ruedas, muletas, caminadores.
- Realizar adaptaciones en el mobiliario y los instrumentos que faciliten la atención de las personas con discapacidad física, incluidas las que usen silla de ruedas u otras ayudas técnicas.
- En cuanto a equipamiento médico fijo y móvil de acuerdo al nivel de resolución del establecimiento de salud, se recomienda:
 - o Mesa de exploración obstétrica y/o ginecológica regulable o con altura variable, con accesibilidad por ambos lados y convenientemente aislable mediante cortinas o biombos;
 - o Lámpara de exploración.
 - o Espéculos de distintas dimensiones
 - o Mamógrafo portátil
 - o Ecógrafo portátil.
 - o Balanza adaptada

- Realizar ajustes razonables para proporcionar el tiempo adecuado a la consulta ginecológica de las usuarias, considerando sus necesidades específicas.
- Procurar conversar a la misma altura en la que está la persona (especialmente con personas que usan silla de ruedas).
- Preguntar si la persona necesita ayuda en un desplazamiento.
- En caso que la persona utilice muletas o bastones, tener en cuenta que éstas cumplen una función de apoyo, sostén y equilibrio, por lo tanto preguntar a la persona si necesita apoyo y de qué tipo.
- Si se presencia la caída de una persona con discapacidad, ofrecer ayuda inmediatamente, preguntando cómo debe hacerlo.
- No mover la silla de ruedas sin antes pedir permiso a la persona. Si se desconoce el manejo de la silla de ruedas, preguntar al usuario como ayudarlo. Al empujar una persona en silla de ruedas, hacerlo con cuidado, fijarse que la ropa y frazadas no queden atrapadas en las ruedas, prestar atención para no atropellar a las personas que caminan adelante. Si se detiene para conversar con alguien, acordarse de girar la silla para que la persona también pueda participar de la conversación.
- Para subir desniveles, inclinar la silla hacia atrás para levantar las ruedas de adelante y apoyarlas sobre la elevación. Para descender un escalón, es más seguro hacerlo marcha atrás, siempre apoyando para que el descenso no produzca un fuerte impacto. Para ascender o descender más de un peldaño, en consecuencia, será mejor pedir ayuda a alguna otra persona.
- Si se acompaña a una persona con discapacidad que camina lento, con ayuda no de aparatos y bastones, procurar ir al ritmo de ella. Ajustar el paso, evitar que lo empujen.
- Apoyar a la persona si tiene que transportar objetos o paquetes, no apresurarlo.
- Si la persona usa prótesis no fijar la mirada en ella.

2.2.2. Discapacidad intelectual

Las personas que tienen discapacidad intelectual, dependiendo del grado de severidad, presentan limitaciones en la comunicación, auto cuidado, actividades de la vida diaria, actividades sociales, auto dirección, trabajo libre.

La capacidad para comprender su entorno es más lenta, por eso su progreso depende de la ayuda de las personas que lo rodean. Dependiendo del grado de discapacidad las personas necesitarán de acompañamiento al establecimiento de salud.

Lineamientos para la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad intelectual

- En caso de personas con discapacidad intelectual, asegurarse que es capaz de tomar decisiones, que esté actuando voluntariamente (y no bajo coerción) y que cuente con la suficiente información.

- Simplificar las instrucciones, ofreciendo pautas de actuación concretas en lugar de instrucciones de carácter general poco precisas.
- Usar palabras sencillas de fácil comprensión. Si es necesario repetir varias veces la información e instrucciones. Reformular las frases y responder a las preguntas o dudas.
- Utilizar material didáctico, por ejemplo gráficos y fotografías, para reforzar las explicaciones.
- Las personas con discapacidad intelectual, generalmente, son muy afectivas, no intentar apartarlas bruscamente y explicar los límites en las muestras de afecto.
- Explicar a las personas con discapacidad y sus representantes legales que son erróneas las siguientes creencias en torno a la sexualidad:(49)
 - o Las personas no tienen sexualidad porque son “niños”.
 - o La información sexual conduce a incitar y estimular sus impulsos sexuales.
 - o El nivel de desarrollo intelectual limita la capacidad de amar y expresar afecto.
 - o Todas las personas con discapacidad intelectual presentan una conducta sexual «exacerbada».
 - o La sexualidad en las personas con discapacidad produce preocupación, incertidumbre, por tanto, el control de la vida sexual y reproductiva de las personas evitaría la posibilidad de concebir hijos con discapacidad.
 - o Las personas son insensibles al dolor y no tienen capacidad para entender el abuso del que pueden ser objeto.

2.2.3. Discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial implica un deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que presenta secuelas de una enfermedad mental. Se caracteriza por trastornos previsiblemente permanentes en el comportamiento adaptativo que afectan el estado de bienestar en la forma de pensar, en los sentimientos, en las emociones, en el humor o estados de ánimo, en la conducta, interfiriendo la habilidad de una persona para afrontar las demandas ordinarias de la vida sobre situaciones familiares, laborales y sociales, en mayor o menor grado.(6,24,28)

Lineamientos para la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad psicosocial

- Para la atención de personas con discapacidad psicosocial se requiere de un ambiente tranquilo en el que se pueda ofrecer información e indicaciones concretas acerca de la sexualidad, que no impliquen niveles de presión ni responsabilidades complejas.
- Los profesionales de la salud deben revisar que las personas que presentan esta discapacidad estén controladas con tratamientos de especialidad y bajo supervisión. Se debe analizar el tipo y grado de severidad de la discapacidad, el tratamiento médico y farmacológico y grado de estabilidad.
- Asegurar que se tomen en cuenta las necesidades y deseos de cada usuaria/o y se realice una adecuada asesoría y contar con el correspondiente consentimiento informado.(65)

- En línea con los criterios de elegibilidad, recomendar cual es el mejor método anticonceptivo de acuerdo a las posibles interacciones farmacológicas y las necesidades específicas de la discapacidad.
- Recomendar cual sería el mejor momento para embarazarse, que tratamientos o medicamentos debe modificar, suspender o continuar y si requiere algún tratamiento especializado.
- Informar a las usuarias en las ventajas potenciales de los tratamientos y medicamentos que pueden consumir cuando estén embarazadas y los posibles riesgos para el feto, especialmente en los casos en los que las mujeres:
 - Consuman antidepresivos o ansiolíticos.(50)
 - Consuman medicamentos para la esquizofrenia.
 - Consuman medicamentos para la epilepsia.(23,58,66,67)
- En todos los casos las personas deben ser informadas de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción del tratamiento.(65,68)
- Para el caso de violencia sexual referirse a los lineamientos establecidos en la Norma de Atención integral a la violencia de género del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.2.4. Discapacidad visual

Este tipo de discapacidad se manifiesta por una disminución total o parcial de la vista. Las personas con discapacidad visual tienen dificultades para ubicarse y desplazarse en espacios y entornos, acceder a material de información, debido a la falta de accesibilidad al medio físico y a la comunicación que presenta nuestro entorno, en el que fácilmente encontramos un sinnúmero de obstáculos (hidrantes, postes, publicidad, árboles, cableado, falta de señalética adecuada, semáforos sin sonido, escasa producción de material informativo en Braille, audio o en formatos accesibles).(6,24,28)

Lineamientos para la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad visual

- Ofrecer asesoría en salud sexual y reproductiva con apoyos tecnológicos e información en versiones macro tipos, alfabeto braille, audio y maquetas, que permitan informar a las personas sobre el uso correcto del condón y otros métodos anticonceptivos. Modelos anatómicos para enseñar el proceso de embarazo y parto. Ejercicios lúdicos para prevenir e identificar la violencia y abuso sexual;
- Dirigirse a la persona con discapacidad visual con naturalidad, hablarle para que identifique su presencia. Avisar a la persona cuándo llega y cuándo se retira.
- Preguntar siempre si desea ser ayudada. No tomar a la persona del brazo para dirigirla, ya que la persona tendrá la sensación de que la están empujando y eso puede confundirla. Cuando se acompaña a una persona con discapacidad visual, permitirle que tome el hombro de su guía. Mantenerse medio paso más adelante.
- Prevenir a la persona de cualquier obstáculo que se encuentre en el camino (tanto en el piso como en el espacio aéreo).

- Orientar anticipadamente de la existencia de desniveles, pisos resbaladizos, pozos y obstáculos en general durante el trayecto. En corredores estrechos, por donde sólo puede pasar una persona, colocar un brazo para atrás, de modo que pueda continuar guiándola.
- Usar palabras dimensionales como: izquierda, derecha, adelante, atrás, al frente, abajo, arriba, encima y otras similares. No usar palabras imprecisas como: ahí, esto, allá, la cosa, la cuestión.
- No incomodarse por usar palabras como “mirar” o “ver”. Las personas con discapacidad visual las usan con naturalidad. La mayor parte de las personas con discapacidad visual aprecian que espontáneamente y en voz baja se le brinde la información sobre las cosas que no puede ver, como las características del lugar en que se encuentra o de las personas que están a su lado.
- Ser claro y directo cuando se ofrece información e instrucciones. Describir la forma, el tamaño y ubicación de los objetos y de los espacios comparándolos con proporciones del cuerpo humano para que la persona con discapacidad pueda orientarse.

2.2.5. Discapacidad auditiva

Se refiere a condiciones que dificultan o impiden el uso del sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), de ambos oídos. (6,24,28)

La persona sorda tendrá problemas para escuchar y por tanto para comunicarse verbalmente e interrelacionarse con su entorno; pudiendo ser pre o post locutiva. Generalmente las personas con deficiencia auditiva pre locutiva se comunican mediante la lengua de señas.(6,24,28)

La discapacidad auditiva o pérdida auditiva trae como consecuencia problemas de comunicación y el acceso limitado a los servicios de salud que pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo en las personas mayores.

Una persona con sordera congénita que no haya tenido la oportunidad de aprender en la infancia la lengua de señas, podría sentirse muy excluida de la vida social.

Lineamientos para la asesoría y atención en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad auditiva

Las personas con déficit total o parcial en la percepción auditiva, tienen dificultades en la comunicación con su entorno. Muchos de estos casos se ven acompañados por la ausencia de lenguaje, circunstancia que requiere del uso de audífonos y la expresión mediante la lengua de señas.

- Si la comunicación es verbal, se debe tener en cuenta fundamentalmente la distancia adecuada a los oyentes a los que se dirige la información y el ruido ambiental existente.
- Los mensajes debe ser claros y cortos, evitándose la interposición de elementos que dificultarían la lectura labial. Dependiendo de la naturaleza del intercambio de información, se pondrá poner a disposición de los usuarios intérpretes en lengua de señas ecuatorianas.

Este tipo de discapacidad, requiere del desarrollo de procesos de comunicación alternativos por parte de los prestadores de servicios de salud: hablar claramente, despacio, con palabras sencillas que puedan ser fácilmente leídas en los labios, escribir aquello que requiere comunicarse y confirmar que los mensajes han sido comprendidos. Se deberá tener en cuenta que la comunicación visual es la base fundamental de su entendimiento.

- En el caso que la persona se comunique a través de lengua de señas:
 - o Brindar un intérprete de lengua de señas.
 - o Permitir la presencia del intérprete de lengua de señas, o una persona de confianza en cualquier instancia donde se necesite comunicación con el usuario/a o donde él o ella lo considere necesario.
- Algunas personas con discapacidad auditiva se comunican con señas y leen los labios. Muchas veces pueden hablar aún sin escuchar. Para lograr una comunicación eficaz, se sugiere:
 - o Cuando se requiere hablar con una persona sorda, y ésta no presta atención, realizar un gesto o tocar levemente su brazo. Si la persona pierde el contacto visual se debe llamar su atención para que focalice nuevamente la “mirada” y retome el hilo conductor de la temática.
 - o Utilizar frases simples al comunicarse, si la persona no comprende lo que se le dice, repetirlo con otras palabras para que encuentren el sentido.
 - o Cuando se está conversando con una persona sorda, hablar de manera clara pronunciando bien las palabras.
 - o Usar la velocidad normal en la pronunciación, a no ser que pida que lo haga más lentamente.
 - o Usar un tono normal de voz, a no ser que la persona solicite que le hable más alto, No gritar.
 - o Focalizar la atención de la persona en la expresión facial y articulación vocal: se debe modular sin exagerar y sin gritar; los gestos y movimientos corporales ayudan a la comprensión, por medio de la lectura labio facial.
 - o Hablar directamente con la persona, no a lado o atrás de ella. No hacer ademanes, que dificulten la lectura labial.
 - o Ser expresivo al hablar, las expresiones faciales, los gestos y los movimientos del cuerpo son excelentes indicaciones de lo que se quiere decir.
 - o Mantener el contacto visual. Si desviamos la mirada, la persona sorda puede pensar que la conversación terminó.
 - o Si fuera necesario, comunicarse a través de tarjetas.
 - o Recordar que el vocabulario escrito de las personas con discapacidad auditiva tiene algunas limitaciones respecto al vocabulario de las personas oyentes.
 - o Tratar de recordar que la comunicación es importante. Se puede probar con preguntas cuya respuesta sea sí o no. Si es posible, ayudar a encontrar la palabra acertada, así la persona no precisará de tanto esfuerzo para dar su mensaje.
 - o Utilizar medios visuales como: fotos, videos subtítulados, caricaturas, diagramas para explicar los contenidos.

4. Abreviaturas

COIP	Código Orgánico Integral Penal
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

5. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Educación [Internet]. 2011;27. Disponible en: http://who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud 2014 - 2021, «Mejor salud para todas las personas con discapacidad». 2014;
3. Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. Fondo de C. México; 2009. 157-187 p.
4. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006;1-35. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf%5Cnhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401>
5. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Guía para la formulación de políticas públicas sectoriales. 2011; Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Guía-para-la-formulación-de-políticas-públicas-sectoriales.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión abreviada. De M de T y ASS de E, Servicios Sociales F y DI de M, (IMSERSO). y SS, editores. Madrid; 2001.
7. Vásquez A. La discapacidad en América Latina. 2000; Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf?ua=1>
8. Consejo Nacional de igualdad de Discapacidades. Agenda nacional para la igualdad en Discapacidades 2013-2017 [Internet]. CONADIS. Quito - Ecuador; 2013. 21-28 p. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
9. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Regist Of. 2008;218.
10. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Discapacidades. 2012;
11. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). 2013. Disponible en:http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf%5Cnhttp://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html

12. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo; 1994.
13. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. 2016; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
14. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio [Internet]. Montevideo - Uruguay; 2014. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atención-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. 2012;1-44.
16. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo del riesgo de desastres para la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud, editor. Ginebra - Suiza; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf?ua=1
17. Banco Mundial. Políticas de discapacidad en Ecuador [Internet]. Banco Mund. Montalvo N, editor. Quito - Ecuador; 2013. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/180941468233708076/pdf/900330WP0p144600banco0mundial0final.pdf>
18. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. 2014.
19. Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011 [Internet]. Quito - Ecuador: UNICEF, Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Plan International. Save the Children.; 2011. Disponible en: www.odna.org.ec
20. Servicio Ecuatoriano de Normalización. Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 2849-1. 2015; Disponible en: www.normalizacion.gob.ec/wp-content/uploads/.../nte_inen_2849-1.pdf%0A
21. Servicio Ecuatoriano de Normalización. Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 2849-2. 2015;1-3. Disponible en: http://www.normalizacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/07/nte_inen_663.pdf
22. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Lineamientos para la implementación la Política Secur del Paciente [Internet]. 2008;8. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual Seguridad del paciente - Usuario. 2016;
24. Consejo Nacional Para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía para atención de personas con discapacidad en la salud rural. 2016;1-114.
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de asesoría en salud sexual y reproductiva. Quito - Ecuador; 2016.

26. Acuerdo No. 00005216-A: REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [Internet]. 2014. Disponible en: www.un.org/esa/socdev/enable/documents/ares61106s.doc
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Registro Oficial. Edición especial Nro. 510. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial. 2016; Disponible en: <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/ediciones-especiales/item/7578-edición-especial-no-510.html>
28. Consejo de la Judicatura y Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Manual de atención de derechos de personas con discapacidad en la función judicial [Internet]. Quito - Ecuador; 2015. Disponible en: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/descarga-manual-de-atencion-en-derechos-de-personas-con-discapacidad-en-la-funcion-judicial/>
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021 [Internet]. Quito - Ecuador; Disponible en: www.msp.gob.ec
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo Técnico Nro. 0000480, para determinar la incapacidad de las personas con enfermedades discapacitantes incluyendo enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, u otras [Internet]. Quito - Ecuador: Registro Oficial, Suplemento Año I - Nro 224. Publicado el 11 de abril de 2014; 2014. Disponible en: http://www.kva.com.ec/imagesFTP/17431.SRO_224_viernes_11_abril_2014.pdf
31. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. 1994. 1-194 p. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
32. Molina LB. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. 2010;
33. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Sendas. ¡Para hacerlo! Rurankapak. En la ruta para prevenir el embarazo a temprana edad. Metodología para informar y sensibilizar a adolescentes y jóvenes sobre sexualidad, derechos y prevención de embarazo. Nadesha Mo. Quito - Ecuador; 2012.
34. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Estudio de caso sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. 2013;
35. Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Vol. 30, Journal of Applied Social Psychology. Quito - Ecuador; 2014. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02505.x/abstract%5Cnchrome://zotero/content/tab.xul>
36. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La salud en las mujeres con discapacidad [Internet]. 2007. 55 p. Disponible en: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/GuiaSalud/docs/Salud_XVII.pdf
37. Dominguez ME, Mattioli N, Sosa F. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013.

1689-1699 p. Disponible en: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf

38. Pérez DM del PC. Sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad . Entre el discurso de reconocimiento y la invisibilidad institucional. 2012; Disponible en: <https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Sexualidad+y+reproducci3n+de+las+mujeres+con+discapacidad.+Entre+el+discurso+de+reconocimiento+y+la+invisibilidad+institucional>
39. Valenciana C. Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: una cuesti3n de derechos. Disponible en: https://www.google.com.ec/search?q=aF_Feaps_guiasesexualidad&oq=aF_Feaps_guiasesexualidad&aqs=chrome..69i57.1078j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
40. Ministerio de Sanidad Pol3tica Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011;178.
41. Tinajero Valencia RA, Vinueza Betancourt NP. « Discriminaci3n de los trabajadores con capacidades especiales en las empresas privadas de la ciudad de Quito : una violaci3n clara al art3culo 33 de la Constituci3n de la Rep3blica del Ecuador vigente ». 2014; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4960>
42. Cort3s JV. Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad f3sica. Rev Obstet y Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisn3 Brousse [Internet]. 2010;5(2):169-72. Disponible en: www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/585/v05_n2_140.pdf
43. Cruz P. Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. Pol3tica y Cult [Internet]. 2004;22(0188-7742):147-60. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0188-77422004000200008&script=sci_arttext
44. Organizaci3n Internacional del Trabajo. Prevenci3n inclusiva: Gu3a con las nueve claves para una prevenci3n inclusiva de los riesgos laborales [Internet]. Santiago de Chile; 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_216025.pdf
45. Corporaci3n Ciudad Accesible y Boudeguer & Squella ARQ. Manual de Accesibilidad Universal [Internet]. Corporaci3n. Santiago de Chile; 2010. Disponible en: http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2012/06/manual_accesibilidad_universal1.pdf
46. Consejo Nacional de Coordinaci3n de Pol3ticas Sociales Presidencia de la Naci3n. Plan Nacional de Accesibilidad de Argentina [Internet]. Buenos Aires; Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-argentina-plan-nacional-accesibilidad.html>
47. Alter Civites. Gu3a de Buenas pr3cticas en el acceso y atenci3n de las personas con discapacidad en el sector sanitario privado espa3ol [Internet]. Fundaci3n. 2009. Disponible en: <http://saludlaboralfeccoo.es/wp-content/uploads/2013/11/SANITASGUIABUENASPRACTICAS.pdf>
48. V3zquez M, Caba E. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperaci3n Internacional. Gu3a metodol3gica. Paz y Desarro. 2009;3.

49. Navarro, Yolanda. Torrico, Esperanza. López MJ. Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educ y Divers* [Internet]. 2010;4(2):75-92. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=discapacidad+embarazo&hl=es&as_sdt=0,5
50. Quint EH. Consideraciones sobre Menstruación y Reproducción en Adolescentes con Discapacidades Físicas y de Desarrollo. *Am Coll Obstet Gynecol* [Internet]. 2014;1-15. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/August2014_Translation_Quint.pdf
51. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan de Acción Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos [Internet]. 4ta. Reimp. Quito - Ecuador; 2008. 41 p. Disponible en: https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf
52. Millán Madera S. Mujeres con discapacidad y violencia sexual : guía para profesionales. 2008; Disponible en: http://cataleg.uab.cat/record=b1764463~S1*cat
53. Peláez, Ana. Martínez, Beatriz. Leonhardt M. Maternidad y discapacidad. Grupo Edit. Madrid; 2009.
54. Munrúa F. El derecho a la toma de decisiones en materia de salud sexual de las mujeres con discapacidad desde la óptica de la violencia y la opresión de grupo ; algunos avances en C . A . B . A . The right to decisions on sexual health of women with disabilities fr. 2015;12:116-30.
55. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. 2014. 15 p.
56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del aborto terapéutico [Internet]. Quito - Ecuador; 2015. 1-40 p. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ABORTO-TERAPEÚTICO-EDITOGRAM.pdf>
57. Mogollón ME. Cuerpos diferentes Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. 2002;1-12. Disponible en: file:///C:/Users/Personal/Downloads/CUERPOS_DIFERENTES_SEXUALIDAD_Y_REPRODUCCIÓN_EN_MUJERES_CON_DISCAPACIDAD.pdf
58. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Internet]. Cuarta Edi. 2014. 133 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
59. Strassburguer K, Hernández Y, Barquín E. Lesión Medular : guía para el manejo integral del paciente con LM crónica [Internet]. Aspaym. Madrid; 18-27 p. Disponible en: http://www.isfie.org/documentos/guia_practica_lm.pdf
60. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito - Ecuador; 2016. 48 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia_Control_Prenatal.pdf
61. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. 2014; Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Participacion_Normativos/GPC_PARTO_Final.pdf

62. Consejo Nacional de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar [Internet]. Proceso de normatización del Servicio Nacional de Salud. Quito - Ecuador; 2010. 1-50p. Disponible en: https://www.iesg.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf
63. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Alimentación y Nutrición de la Mujer Gestante y de la Madre en Período de Lactancia. Primera edición, Guía de Práctica Clínica(GPC). Quito-Ecuador; 2014. 1-80 p.
64. Gómez de la Torre V, Castello P, Cevallos MR. Vidas robadas. Entre la omisión y la premeditación. Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador. 2015;1-47. Disponible en: <http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/Vidas-Robadas-Ecuador.pdf>
65. Salazar F, Rincón A. Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia. 2006;47:177-88. Disponible en: http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/7_Uso_de_los_antidrepsivos.pdf
66. Galan J. Guía epilepsia APICE [Internet]. Asociación Andaluza de Epilepsia. Sevilla; 2011. 18-21 p. Disponible en: www.asadeepilepsia.com/guia-apice/guia-apice.pdf
67. García RJ. Sexualidad , fertilidad y anticoncepción en adolescentes epilépticos : estado del arte y propuestas de conducta. 2011;1(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4790506>
68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [Internet]. Agencia La. España; 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
69. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Alimentación y Nutrición de la Mujer Gestante y de la Madre en Período de Lactancia. Guía de práctica clínica. Primera Edición, Guía de Práctica Clínica(GPC). 2014. 1-80 p.
70. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica. Atención del parto por cesárea [Internet]. Quito-Ecuador; 2016. 1-44 p. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
71. Kumar A, Jones DD, Hanna MA, Soediono B, Bartocci AC. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2015. 556-581 p. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1996-1073/2/3/556/>
72. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2014. 34 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias_2014/GPC_Anemia_en_el_embarazo.pdf
73. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). [Internet]. Guias de Practica Clinica. 2014. 48 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias_2014/GPC_Diabetes_en_el_embarazo.pdf

74. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de bolsillo componente materno. [Internet]. Quito - Ecuador; 2015. 15-16 p. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Guia-de-bolsillo-componente-materno_OUT_03122015.pdf
75. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Primera edición , Ministerio de Salud Publica del Ecuador. 2016. Disponible:http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
76. Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. 2013. 34 p. Disponible en:http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf
77. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/Sida. Minist Salud Pública del Ecuador. 2015;1:1-154.
78. Consejo Nacional de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar [Internet]. Proceso de normatización del Servicio Nacional de Salud. Quito - Ecuador; 2010. 1-50 p. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf

6. Anexo No. 1

Normas, guías y manuales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para consultar

- Guía de Práctica Clínica. Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. 2014 (69)
- Guía de Práctica Clínica. Atención del aborto terapéutico. 2015 (56)
- Guía de Práctica Clínica. Atención del parto por cesárea. 2016 (70)
- Guía de Práctica Clínica. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. 2015 (71)
- Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal. 2016 (60)
- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 2014 (73)
- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). 2014 (73);
- Guía de Práctica Clínica. Guía de bolsillo componente materno. 2015 (74)
- Guía de Práctica Clínica. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. 2016 (75)
- Guía de Práctica Clínica. Infección de vías urinarias en el embarazo. 2013 (76)
- Guía de prevención y control de transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/Sida (77)
- Manual. Asesoría en salud sexual y reproductiva. 2016 (25)
- Norma técnica. Atención integral en violencia de género. 2014 (55).
- Norma y protocolo de Planificación Familiar. 2010 (78)

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Sonia Díaz	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministra Subrogante	
	Dra. Jakeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
	Dr. Carlos Carvajal	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretario	
	Dra. Luz Obando	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria Subrogante	
Solicitado y aprobado	Md. Esteban Bonilla	Dirección Nacional de Normatización	Director	
Revisado	Dra. María José Jimbo	Dirección Nacional de Discapacidades	Directora	
	Dra. María José Mendieta	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	
Revisado	Psic. Lilián López	Dirección Nacional de Discapacidades	Analista	
Elaborado	Mgs. Ana Lucía Bucheli	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Coordinadora	



ISBN 978-9942-22-154-4



9 789942 221544