



Presentación

Decreto Ministerial
Nº 364 publicado
en Gaceta Oficial
Nº 37.705

Introducción a la
norma oficial para
la Atención Integral
en Salud Sexual
y Reproductiva

Tomo I:
Lineamientos

Tomo II:
Reglamento
técnico
administrativo

Tomo III:
Manual de
procedimientos

Participantes en la
elaboración de la
Norma Oficial para
la Atención Integral
de la Salud Sexual
y Reproductiva
Créditos

Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio de Salud y Desarrollo Social

PRESENTACION

Hasta 1999, los temas referidos al género y salud sexual reproductiva eran considerados propios del quehacer de los movimientos sociales que desarrollaban esfuerzos y luchas por los derechos correspondientes. Las esferas gubernamentales eludieron arteramente la definición de políticas en asuntos sensibles y controversiales. El movimiento de mujeres abanderó importantes lides para alcanzar logros en aspectos tan relevantes como: avances jurídicos para la igualdad de oportunidades, la legislación sobre la violencia intrafamiliar y sexual, sobre derechos de niños, niñas y adolescentes, educación y salud sexual reproductiva de adolescentes, entre otros.

Con el proceso revolucionario se inicia un giro radical en la política, se asumen los compromisos internacionales y estos asuntos adquieren visibilidad a la luz de los intensos debates que les otorgaron rango constitucional como derechos sociales. La aprobación de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, orientó profundos cambios conceptuales en las políticas sociales y de salud de la revolución bolivariana, dirigidas a la garantía plena del derecho a la salud y la calidad de vida, establecida en los artículos 83, 84, 85 y 86. La equidad de género y los derechos sexuales reproductivos (Arts. 75, 76 y 77) son garantizados por el Estado Venezolano.

En el marco del **Plan Estratégico Social (PES)**, como instrumento de planificación política, para promover un pensamiento estratégico capaz de orientar las transformaciones estructurales en las condiciones de calidad de vida y salud de la población venezolana, se está construyendo un poderoso sistema de atención primaria en salud, con una visión integral en todos los sentidos: preventivo, asistencial, ambiental y que asegura la participación social protagónica en los cambios de sus propias circunstancias; al tiempo que se fortalece una eficaz atención secundaria y terciaria. Se avanza hacia la estructuración de un **Sistema Público Nacional de Salud**, con políticas de salud más amplias, proscribiendo la vieja concepción hospitalizante, asistencialista, mercantilista y neoliberal por una humanista, incluyente, solidaria y accesible. La direccionalidad de la política de salud y desarrollo social, estatuye el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, garantizando la universalidad de los derechos con equidad, como base fundamental para la construcción de ciudadanía. Barrio Adentro es sólo el comienzo.

Con la creación y desarrollo del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se inicia un cambio paradigmático en la asunción de todo lo concerniente a la sexualidad y la reproducción en el Sistema Sanitario.

Los instrumentos normativos que se presentan constituyen un importante logro para la garantía plena de los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela. Establecen las directrices fundamentales de la **Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva**, las competencias y funciones de los niveles administrativos hasta los procedimientos para la atención integral en este ámbito.

La aplicación del pensamiento estratégico para orientar las acciones en salud sexual y reproductiva aporta avances sustantivos que implican: la atención específica de las necesidades en sus diversas expresiones de acuerdo al género, etapa del ciclo de vida, pueblos indígenas, territorios y clases sociales. De este modo, se presentan innovaciones tales como: la atención de la salud sexual y reproductiva en la infancia y adolescencia, en adultos/as mayores, la atención humanizada del parto, la atención de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) del hombre, la promoción de la salud sexual y el acceso a tecnologías anticonceptivas novedosas, la prevención y atención de la violencia doméstica intrafamiliar y sexual, entre otras.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, debe constituir un norte para las acciones en este ámbito entendiendo su estrecha relación con la calidad de vida y la salud, así como con el desarrollo humano y social. Por ello, estos documentos son herramientas básicas para elevar la salud sexual y reproductiva de los ciudadanos y ciudadanas, fortaleciendo el protagonismo de las familias y comunidades en la corresponsabilidad de la gestión en salud.

Con la publicación de estos documentos esperamos contribuir a la potenciación de la capacidad rectora de nuestra institución y afirmamos nuestro compromiso de hacer de la salud un patrimonio de todos los venezolanos y venezolanas.

Dr. Roger Capella

Ministro de Salud y Desarrollo Social

GACETA OFICIAL

DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CXXX — MES VII

Caracas, jueves 5 de junio de 2003

Número 37.705

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

NUMERO 364 DE 03 de junio DE 2003
193* y 144*

RESOLUCION

En ejercicio de las atribuciones conferidas en el numeral 8° del artículo 76 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, en concordancia con el numeral 1° del artículo 14 del Decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central.

CONSIDERANDO

Que dentro del marco del Plan Estratégico Social la nueva direccionalidad de la gestión de las políticas públicas en el área social, están fundamentadas en el carácter ético y en el imperativo de responder a las necesidades sociales de todas las personas haciendo posible la universalidad de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida imprescindibles para alcanzar autonomía plena como seres humanos y ciudadanos.

CONSIDERANDO

Que dentro del proceso de ordenamiento y fortalecimiento institucional que actualmente se desarrolla, es necesario regular y ejecutar las acciones que se realizan en las redes de atención de salud y desarrollo social a fin de establecer una de las estrategias centrales definidas en la política nacional de salud y desarrollo social en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, que se realizan en las redes de atención de Salud y Desarrollo Social a fin de establecer una de las estrategias centrales

CONSIDERANDO

Que la ejecución de las acciones integrales para la atención en Salud Sexual, permitirá mejorar las coberturas, disminuyendo las oportunidades perdidas y dar coherencia a los servicios de salud, optimizando los recursos tanto humanos como materiales.

RESUELVE

ARTÍCULO 1: Se establece como norma oficial del Sistema Sanitario Nacional en materia de Salud Sexual y Reproductiva en los establecimientos públicos y privados, el conjunto de instrumentos que se señalan a continuación.

1. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva guía para la acción.
2. Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
3. Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.
4. Fichas Técnicas para la Atención Integral en salud sexual y reproductiva.

En dichos instrumentos se determina la forma como deberán implementarse las normas de atención integral en materia de Salud Sexual y Reproductiva, las cuales son de fundamental importancia para garantizar su promoción y desarrollo en la población venezolana.

ARTÍCULO 2: Las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social deberán implementar la aplicación de la presente normativa, en las redes de atención de salud y desarrollo social.

ARTÍCULO 3: Cada una de las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social deberán promover, divulgar y reproducir las normas contenidas en esta Resolución, así como capacitar al personal correspondiente para el manejo y cumplimiento de las mismas.

ARTÍCULO 4: El órgano rector de las políticas y encargado de la coordinación en esta materia será el Ministerio de Salud y Desarrollo Social a través de la Dirección General de Salud Poblacional.

Comuníquese y Publíquese.

MARIA LOURDES URRANELA DURANT
Ministra de Salud y Desarrollo Social

INTRODUCCIÓN A LA NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Desde de la década de los 80 en Venezuela se vienen desarrollando esfuerzos institucionales y luchas sociales a favor la equidad de género y los derechos sexuales reproductivos. No obstante, los cambios en las políticas gubernamentales no han llevado el paso de las exigencias de las necesidades sociales en estos temas. Así, el país entró en el nuevo milenio atravesado por importantes problemas de salud pública en esta área, entre los cuales se destacan: la prevalencia del embarazo en adolescentes, altas tasas de mortalidad materna e infantil, alta incidencia de morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino, mama y próstata, alta incidencia de ITS y VIH-SIDA en jóvenes, significativos número de niños niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de abuso y explotación sexual, incremento de la violencia doméstica y sexual, entre otros. Problemas que son parte de la inmensa deuda social acumulada por gestiones conservadoras en tan importantes temas de interés nacional. La ausencia de políticas de salud sexual y reproductiva coherentes con lineamientos de carácter social basados en los temas de población y desarrollo han contribuido a la insuficiencia de respuestas integrales del sector público en aspectos claves como: la educación y los servicios.

La actualización y elaboración de los nuevos documentos de la **Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (MSDS, 2003)** responde a la exigencia de adecuarlos al nuevo marco jurídico estatuido en la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)**, y político establecido en el *Plan de Desarrollo Económico Social de la Nación 2001-2007*, el *Plan Estratégico Social (MSDS, 2001)* y el *Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud*. Estos constituyen las bases fundamentales del proyecto de desarrollo que orienta el proceso de cambios hacia el que se enrumba el país. La política de salud y desarrollo social, tiene como propósito transformar la realidad venezolana, garantizando los derechos sociales y elevando las condiciones de calidad de vida, bajo los principios de universalidad y equidad. En materia de salud, se considera que las ofertas de los servicios se han definido de acuerdo a criterios institucionales desatendiendo las necesidades de la población, ahora se plantea la reducción de las brechas de inequidad y el déficit de atención, a través de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

La creación y puesta en marcha del **Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** por parte del **Ministerio de Salud y Desarrollo Social**, significa el fin de una etapa de vacíos institucionales y el avance certero hacia el establecimiento de una *Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva*. La construcción del **Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva** constituye un medio para la profundización de los cambios institucionales a nivel del Sistema Público Nacional de Salud que esta política exige.

Los documentos normativos que se presentan incluyen las bases conceptuales y programáticas, reglamento técnico-administrativo y procedimientos para el desarrollo de la misma. Se formularon con enfoque de género y construcción de ciudadanía para el reconocimiento, garantía, protección y promoción del ejercicio pleno de los **Derechos Sexuales y Reproductivos**.

La **Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva** del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva avanzando en la construcción del **Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva**, se presenta en tres tomos editados de manera independiente para facilitar la consulta y el manejo cotidiano de estas herramientas, los cuales se titulan:

- *Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.*

Tomo I.

- *Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.* Tomo II
- *Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.* Tomo III

Finalmente se incorpora a este conjunto de documentos las *Fichas Técnicas para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*, el cual se espera sirvan de apoyo a las acciones de capacitación que se desarrollan en el Sistema Público Nacional de Salud. Considerando que se trata de un área compleja que atiende un amplio espectro de necesidades, el MSDS se reserva el derecho de publicar otros documentos complementarios que contribuyan a fortalecer las respuestas institucionales en esta área.

El proceso de elaboración, revisión y validación de los documentos normativos ha contado con la participación de equipos interdisciplinarios con experticia sustantiva, gerencial y operativa en áreas de la Salud Sexual y Reproductiva del sector gubernamental y no gubernamental, a nivel nacional y regional, de las universidades nacionales, sociedades científicas, organismos de cooperación internacional como el **Fondo de Población de la Naciones Unidas y la Oficina Panamericana de la Salud**. Todos estos aportes han sido decisivos para el logro de este importante objetivo, contando también con la colaboración de los Programas Nacionales de Promoción de Salud y Desarrollo de la Salud Integral Las y Los Adolescentes, de ITS SIDA, de Oncología, Salud Bucal, Salud Mental, Comité Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil y bajo la coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección General de Salud Poblacional y el Viceministerio de Salud del MSDS.

La publicación de la **Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva** es el resultado de un prolongado proceso que sintetiza esfuerzos y luchas de importantes sectores de la sociedad venezolana para construir una plataforma programática institucionalice esta área.

La aplicación de los preceptos dirigidos a la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones en este ámbito, según **Decreto Ministerial Nº 364** publicado en **Gaceta Oficial No. 37 705 de fecha 5 de junio del 2003**.

Este conjunto de documentos constituye un importante aporte para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en Salud Sexual y Reproductiva en las redes sociales y de salud. Los equipos de salud encontrarán en su contenido una herramienta para las actividades en los diferentes niveles administrativos y de prestación de servicios, lo que redundará en la consecución de impactos positivos en la población objeto de cada una de las áreas de Salud Sexual y Reproductiva.

Para los ciudadanos y ciudadanas de cualquier edad, región, pueblo indígena de la República Bolivariana de Venezuela encontrarán en este documento un instrumento de garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, que afirma una vez más el compromiso ético de los trabajadores y trabajadoras del sector salud de elevar la calidad de vida y salud de las familias venezolanas.

INDICE TOMO I

Prólogo

Antecedentes de los instrumentos normativos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela.

El nuevo marco legal

Acuerdos internacionales
Marco Jurídico Nacional
La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
La Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente
La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)
La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998)
Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996)

La Política de calidad de vida y salud

El Plan Estratégico Social
El Anteproyecto de Ley Organica de Salud

Marco conceptual de salud sexual y reproductiva

Salud y sexualidad
Género y sexualidad
Ciclo vital y desarrollo de la sexualidad
Socialización de la sexualidad
Abordaje integrador de la salud sexual y reproductiva
Derechos sexuales y reproductivos

Una mirada a la salud sexual y reproductiva en Venezuela

Aspectos demográficos
Principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva
Inequidades y fecundidad
Las y los adolescentes y su salud sexual reproductiva
Embarazos indeseados y baja cobertura de Planificación familiar
Mortalidad Materna e Infantil
Las infecciones de transmisión sexual
El VIH/SIDA en Venezuela
Cáncer ginecológico
Cáncer de próstata
Educación sexual
Género, violencia y derechos

Situación de las respuestas institucionales para la atención salud sexual y reproductiva Reconstruyendo

la historia de la atención en salud sexual y reproductiva en Venezuela
Avances a nivel internacional
El desarrollo de los avances en salud sexual y reproductiva en el contexto nacional
Concepción tradicional de la sexualidad y su expresión en las respuestas de atención
El enfoque materno-infantil y la Salud Sexual y Reproductiva
De programas verticales a servicios integrales
Limitaciones en las respuestas institucionales a considerar
para la identificación del déficit de atención

Construyendo el Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva

Avanzando hacia la institucionalización de la atención en salud sexual y reproductiva
Atención en salud sexual y reproductiva como enfoque integrador de la calidad de vida y salud
Conceptos básicos del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva
El ámbito de salud sexual y reproductiva
Bases para el Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva

Principios
Visión
Misión
Objetivo general
Objetivos específicos
Componentes
Estrategias
Líneas de acción
Salud sexual y reproductiva por etapas del ciclo de vida
Áreas de atención de la salud sexual y reproductiva
Orientaciones para el diseño de los subproyectos estratégicos de calidad de vida y salud por etapas del ciclo de vida

Glosario

Bibliografía

PRÓLOGO

Los **Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva**, contenidos en este primer Documento, tienen el propósito de establecer las bases para desarrollar y promover una **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** acorde con las disposiciones establecidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y los Acuerdos Internacionales que el Estado Venezolano ha suscrito en esta materia.

El tomo I corresponde a los lineamientos generales que orientan la política nacional en el ámbito de salud sexual y reproductiva. Incluye el marco político, legal, conceptual y programático de la gestión en esta área la que opera a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva hacia la construcción del **Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva**, en cuya elaboración se integran las siguientes instancias: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Salud del Niño y Adolescente, Programa Nacional de Promoción y Desarrollo de de Salud Integral de las y los Adolescentes, Programa Nacional de ITS SIDA, el Comité Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, la Comisión Nacional de Lactancia Materna, así como los programas de Oncología en lo relativo a prevención de cáncer cérvico uterino, mama y próstata y Salud Mental en lo referente a violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

El MSDS fundamenta la política en este ámbito en el abordaje integrador de salud sexual y reproductiva, el cual persigue el desarrollo satisfactorio de la sexualidad en todas sus dimensiones y expresiones, a través de las etapas de la vida. Como consecuencia de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, todas las personas tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva como aspecto clave de la salud integral y la calidad de vida.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva persigue alcanzar la cobertura universal con equidad en acciones y servicios integrales, -ya sean educativos, preventivos, reconstitutivos, rehabilitadores o de protección social-, dirigidos a preservar la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres, en todas las etapas del ciclo de vida, etnias y pueblos indígenas, territorios y clases sociales, en todos los niveles que integran las redes de atención en salud, a través de la articulación de respuestas sanitarias, sociales, comunitarias y la promoción de corresponsabilidad social

I. ANTECEDENTES DE LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN VENEZUELA

Durante la década de los 90', el área materno infantil y planificación familiar se orientó por las Normas de Atención Materna y Planificación Familiar que en julio de 1992 publicó la Dirección Materno-Infantil del antiguo MSAS Este instrumento estuvo

vigente hasta la oficialización en 1998 de la “**Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva**” (MSAS, 1998). Posteriormente, este documento fue sometido a una nueva revisión y validación debido a los cambios en el marco jurídico, reestructuración y nuevas políticas de salud del ente rector. Así, en febrero el año 2000, la Coordinación de Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud Poblacional del naciente MSDS presentó la versión definitiva del mismo documento para una nueva edición, el cual nunca se publicó. El mencionado documento contenía normas, pautas y procedimientos de salud reproductiva para mujeres y hombres, y desarrolló disposiciones para la atención. Constituyendo un importante avance en estos temas, se acusó su énfasis en la mujer y en la procreación.

En el contexto de las transformaciones sociales que se inician con la refundación del Estado y el proceso constituyente de 1999, estos asuntos se posicionan en la agenda pública. Así, la equidad de género y los Derechos Sexuales y Reproductivos alcanzan rango constitucional frente a escenarios de profundos debates públicos y movilizaciones sociales que contribuyen a un consenso nacional expresado en la nueva carta magna.

En mayo del año 2000, como respuesta al mandato constitucional y con el propósito de institucionalizar el área, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

La actual política del MSDS se cimenta en el Plan Estratégico Social (PES), el cual es una herramienta de planificación para desarrollar capacidad de conducción estratégica y viabilizar cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida y salud de la población venezolana. Entendida la salud como un producto social, el término Salud Sexual y Reproductiva (SSR), denomina un aspecto clave de la salud integral, y un área de fundamental importancia que incide directamente en los patrones de crecimiento poblacional y reproducción de inequidades, así como en el desarrollo humano y social. Se entiende como un *Ámbito de Desarrollo de Autonomía* en Salud Sexual y Reproductiva que define un campo específico de necesidades sociales inherentes a la condición de seres sexuados, es decir de derechos vulnerados en torno al lo cual se necesitan estructurar respuestas que reduzcan el déficit y las inequidades en SSR.

La atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela, ha acumulado importantes déficit expresado en brechas de inequidad en territorios y clases sociales. Y en consecuencia, las potencialidades humanas se han visto limitadas para desarrollar capacidades y ejercer autonomía sobre la propia sexualidad y procreación. Esto ha repercutido en obstáculos de diversa índole para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos durante todo el ciclo vital y en espacios concretos de vida.

Estos antecedentes motivaron al MSDS con el apoyo del UNFPA y la OPSOMS, a la revisión y elaboración de los nuevos instrumentos normativos con el fin de ajustarlos al nuevo marco jurídico, contexto político e institucional, así como al nuevo paradigma en SSR y derechos, tanto como a las nuevas exigencias de la realidad social.

II. EL NUEVO MARCO LEGAL

2.1. ACUERDOS INTERNACIONALES

Durante la última década se han producido avances notables respecto al reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como un campo de la salud que amerita especial atención, en virtud de los impactos que ocasiona en el desarrollo de la población y en su calidad de vida.

Entre los acuerdos internacionales de mayor relevancia destacan los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)

- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).
- Cumbre Mundial de la Infancia (1990)
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993)
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem Do Pará (1994)
- IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (1994).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará, 1994)
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).
- Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRADJAL, 1995 – 2000).
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo +5, N.Y. 1999)
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Beijing +5)

Como resultado de los diversos acuerdos internacionales los Derechos Sexuales y Reproductivos, se han incorporado como parte de los Derechos Humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos establecen: “...*el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, a disponer de la información y de los medios para ello, como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos*” (CIPD, 1994).

A partir de los eventos internacionales mencionados anteriormente, los diversos países signatarios de estos, compromisos han desarrollado en sus respectivos Estados, leyes, reglamentos, programas y estrategias orientados a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de sus habitantes.

2.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL

En Venezuela, estos derechos están garantizados en varios instrumentos legales:

- a. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)
- b. La Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (1998)
- c. La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)
- d. La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998)
- e. El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002).
- f. La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996).

2.2.1. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Los derechos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, entre ellos los de cooperación, solidaridad y corresponsabilidad, definen el rol del Estado como garante de los derechos sociales y pautan un conjunto de derechos sociales que son competencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Estos derechos se refieren a:

- la protección a las familias (Art. 75)
- la protección de la maternidad, paternidad y los derechos sexuales reproductivos incluyendo información, educación y servicios, (Art. 76)
- igualdad de derechos y deberes en el matrimonio y uniones de hecho, (Art. 77)
- la ciudadanía de niños, niñas y adolescentes (Art. 78)
- la participación de los jóvenes en el desarrollo (Art. 79)
- la salud como parte del derecho a la vida (Art. 83)
- un Sistema Público Nacional de Salud intersectorial que priorizará la promoción de la salud y la prevención (Art. 84)
- Financiamiento estatal del Sistema Público Nacional de Salud (Art. 85)
- a la educación integral (Art. 103),
- la obligación de los medios de comunicación social a contribuir a la formación ciudadana (Art. 108).

Así, en el Capítulo V de los Derechos Sociales y de las Familias, la Carta Magna establece:

Artículo 76. La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos. El padre y la madre tienen el deber compartido e irrenunciable de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos e hijas, y éstos tienen el deber de asistirlos cuando aquellos o aquellas no puedan hacerlo por sí mismos. La ley establecerá las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la efectividad de la obligación alimentaria.

Este conjunto de derechos toca aspectos que deben ser abordadas desde un enfoque integral, que no sólo responda a problemas fundamentales como: la necesidad de fortalecer la educación sexual, políticas de familia, de protección a la maternidad y paternidad, de información y comunicación preventiva, de acceso a servicios confiables y de calidad, dirigidos a todas las personas en cualquier etapa de su ciclo vital. Para materializar este propósito es imperativo construir una oferta de planes, programas, proyectos y servicios que respondan a las necesidades y demandas de la población usuaria.

2.2.2. La Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (1998)

La entrada en vigencia de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA) otorga ciudadanía plena a la infancia y adolescencia. Esto obliga a generar una plataforma de entidades de atención que aseguren los derechos consagrados en ella y de este modo la Protección Integral de niños, niñas y adolescentes.

Uno de los grandes avances de esta nueva Ley es la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales conjuntamente con el derecho a la salud, a la educación, la información y la protección a la maternidad, establecidos en los artículos 33, 41, 44, 45, 48, 50, y 124-D, imponen la creación de nuevos programas y entidades especializadas que aseguren la aplicación de los mismos.

Entre los mencionados derechos se destaca el derecho a ser protegidos contra el abuso y la explotación sexual:

“...Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de abuso y explotación sexual. El Estado debe garantizar programas permanentes y gratuitos de asistencia y atención integral a los niños y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso y explotación sexual...” (Art. 33)

En relación a la salud sexual y reproductiva, como estrategia de abordaje integral de problemas tan urgentes como la alta incidencia de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, entre otros, el artículo 50, estatuye: “...*Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana voluntaria y sin riesgos.*”

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención en salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos programas y servicios deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen el derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios...” (LOPNA, Art. 50)

En este sentido, el Artículo 124 de la LOPNA define un conjunto de programas que pueden ser de distintos tipos: de asistencia, de apoyo y orientación, de colocación familiar, de rehabilitación y prevención, de identificación, de formación, adiestramiento y capacitación, de localización, de abrigo, comunicacionales, socioeducativos, promoción, defensa y culturales.

2.2.3. La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1998), con la cual se reafirmó el compromiso asumido por el país al suscribir la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer.

2.2.4. La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y La Familia (1998)

Esta importante ley, establece la definición de violencia en sus diferentes acepciones, y estatuye el papel del Estado y sus instituciones en la prevención y atención del problema de la violencia doméstica en todos sus tipos, así como las sanciones. Es un instrumento fundamental para la erradicación de este problema. (Art.2,4,5, 6,7,11, 13,16,17,18,19,20,21, 22, 23 y 24)

2.2.5. La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996),

mediante la cual las adolescentes embarazadas gozan del derecho de continuar sus estudios en cualquier plantel del país.

III. LA POLÍTICA DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

3.1. EL PLAN ESTRATÉGICO SOCIAL

El Plan Nacional de Desarrollo Económico Social en su Eje Equilibrio Social estatuye: *...”los lineamientos políticos para el desarrollo social de la nación..., [estableciendo] como objetivos de la política [gubernamental]: la universalización de los derechos sociales dentro de un nuevo orden de justicia social basado en la equidad y el rescate de lo público como espacio de políticas y acciones en función del interés colectivo, donde se ejerce el poder ciudadano dentro de una nueva relación Estado y Sociedad fundamentada en el principio constitucional de corresponsabilidad. Estos objetivos plantean un gran desafío del Estado venezolano en tanto se exige orientar las políticas públicas hacia la transformación de las condiciones de calidad de vida de toda la población venezolana con participación protagónica de las comunidades organizadas que viabilice la conquista de los derechos sociales consagrados en la constitución con impacto sustantivos en la reducción de las inequidades sociales* (versión resumida del Plan Estratégico Social. MSDS, pág. 2, 2002)

En la definición de un nuevo modo de construir las políticas públicas, específicamente de la política social, el MSDS cumpliendo con su misión política e institucional, formula el **Plan Estratégico Social (PES 2001-2007)** como un instrumento estratégico que orienta y organiza la política social hacia una nueva valoración y direccionalidad basado en principios fundamentales de derechos y justicia social de todas y todos. Busca dar viabilidad y capacidad de gobierno para hacer posible los cambios planteados en los principios y disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social en su eje de Equilibrio Social.

Para orientar los cambios de la nueva política social, el PES establece cuatro directrices estratégicas dentro de las funciones de gobierno:

I. Orientar la función pública hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, haciendo valer una nueva condición de ciudadanía donde estas necesidades sean conquistadas como derechos universales, combatiendo el déficit de atención e impactando en la reducción de las brechas de inequidad social entre grupos humanos y territorios.

II. Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud como eje central... de políticas, acciones y servicios ... en el marco de agendas y esfuerzos colectivos ... [transectoriales] contruidos alrededor de metas y resultados en territorios sociales concretos, que preserven la autonomía y generen el empoderamiento social de individuos y colectividades como seres humanos y ciudadanos [y ciudadanas] en todas las esferas de la vida y a lo largo de ella.

III. Reorientar el modo de atención hacia las necesidades sociales entendidas como derechos, mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud dentro de los ámbitos nacional, estatal, municipal [y local] que actúen como espacios de gestión ... [transectorial] de políticas y acciones en territorios sociales y como espacios para el ejercicio político y social entre ... actores...[públicos] y comunidades organizadas.

IV. Construir una nueva institucionalidad pública que responda al interés colectivo con capacidad de rectoría, conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada participativa de la gestión de gobierno y las políticas de Estado, comprometida con el alcance de metas sociales para la elevación de los niveles de calidad de vida del pueblo venezolano convertidas en marcadores del desarrollo económico y social del país.

3.2. EL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD

En coherencia con el marco constitucional vigente y los principios, lineamientos y objetivos del Eje Equilibrio Social del Plan Nacional de Desarrollo Social, se requiere cambios no solo en las políticas públicas y muy específicamente en las políticas de salud, sino también en el marco legislativo que rige esta materia. Así, el MSDS emprende el compromiso de promover la discusión y criterios sobre una nueva direccionalidad de la gestión pública en salud, formulando el **Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002)** cuyo objeto se establece en su Art. 1, a saber: *".. garantizar el derecho a la salud a todas las personas, consagrado constitucionalmente como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida; en un marco de Estado democrático, descentralizado, participativo y social de derecho y de justicia que propugna como valores superiores la vida, la libertad, la igualdad, la solidaridad y la responsabilidad individual y social"*

Esta Ley rige sobre las políticas, servicios y acciones de salud y de interés para la salud en todo el territorio nacional, ejecuta en forma particular o conjuntamente, de carácter permanente o eventual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, así como establece los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud..."

En este marco, la **Salud Sexual y Reproductiva**, en tanto derecho consagrado constitucionalmente, se estatuye en la ley y en el Plan Estratégico Social como un ámbito de desarrollo de capacidades para el ejercicio pleno y autónomo de la sexualidad y la procreación durante el ciclo de vida.

El Art. 52 establece:

"...Como parte de la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud, el Sistema Público Nacional de Salud desarrollará políticas y acciones que favorezcan el ejercicio saludable, responsable y sin condiciones peligrosas de la sexualidad y la reproducción de hombres y mujeres, como medio para hacer efectivo el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Las políticas y acciones para la salud sexual y reproductiva garantizará el acceso a servicios de atención y orientación y métodos de planificación familiar efectivos y seguros, con base en criterios científicos y técnicos y fomentará la investigación en materia de planificación familiar, fertilidad y biología de la reproducción humana" ... "incorporando los aspectos socioculturales que condicionan la sexualidad y la procreación de mujeres y hombres...."

La **Educación de la Sexualidad y la Reproducción** se constituye en una expresión de la estrategia promocional de la salud y la calidad de vida.

La Ley en su Art. 46 dice:

“La Educación para la salud y la calidad de vida”, en su aparte 9 establece: *“...La educación de la sexual y reproductiva, científica y oportuna orientada hacia un ejercicio de la paternidad y maternidad responsable, la equidad de género en materia sexual y el fortalecimiento familiar. Esta será incorporada en los programas escolares y en aquellos dirigidos a la población en general...”*

Las brechas de inequidad de género, expresadas en los indicadores epidemiológicos de enfermedad-muerte de mujeres y hombres a lo largo de todo el ciclo de vida, revela la importancia de incorporar el enfoque de género en las políticas de salud estrechamente vinculado a los asuntos de la Salud Sexual y Reproductiva por constituirse éste en el ámbito donde mayormente se evidencian las inequidades para mujeres y hombres en el acceso a condiciones dignas de calidad de vida y salud. En este sentido, la Ley estatuye la **transversalización del enfoque de género** en las políticas, estrategias y acciones que garantice equidad en las condiciones de calidad de vida y salud de todas las mujeres y hombres del país.

El Art. 44 reza:

“...En el marco de la estrategia de promoción de calidad de vida y salud, la transversalización del enfoque de género, lo femenino y lo masculino, significa incorporar en los análisis, en el diseño de políticas y planes y en la ejecución de acciones... la visibilidad de los efectos que las decisiones tienen para hombres y mujeres, buscando impactar sobre las condiciones de inequidad de acceso a la salud que les expone a patrones epidemiológicos diferenciales de enfermedad y muerte con efecto en la manera como se relacionan con su salud y en la forma como se responde a sus necesidades...”

Finalmente la ley releva una importante área de atención dentro del sistema nacional de salud como es la violencia intrafamiliar y sexual, la cual alcanza una significativa manifestación en la Salud Sexual y Reproductiva de la población venezolana. En su Art. 54 estatuye la promoción de una **Política de Prevención y Control de la Violencia** y muy especialmente de la violencia intrafamiliar y sexual, en torno a la cual se generarán respuestas articuladas y transectoriales desde la detección hasta la protección y atención de las víctimas y [victimarios] durante el ciclo de vida, que preserve la calidad de vida y salud de todas y todos.

El Art. 54 dice: *“...El Sistema Público Nacional de Salud promoverá a través de acciones transectoriales, las medidas necesarias para la prevención y control de los distintos tipos de violencias y de su apología, en virtud del impacto que estas ejercen sobre la salud de hombres y mujeres.*

La violencia intrafamiliar y sexual es asumida por el Sistema Público Nacional de Salud como un problema de salud, que no solamente produce un alto costo humano físico, psicológico y social en las víctimas, disminuyendo la capacidad de protegerse y proteger al grupo familiar; sino que es trasfondo de la morbimortalidad por accidentes y violencia, como forma de relación y resolución de conflictos socialmente permitida, haciendo de la impunidad de la violencia dentro del grupo familiar un elemento fundamental en la desvalorización de la vida del otro y de la propia vida.

El Sistema Público Nacional de Salud desarrollará una política en contra de la violencia intrafamiliar y sexual, generando respuestas articuladas desde la detección de situaciones de violencia en el medio familiar, hasta la atención y protección de las personas afectadas, de manera intersectorial preservando su calidad de vida y salud. Todas las formas de abuso y violencia, incluyendo la sexual y doméstica, se considerarán contrarias la estrategia promocional de calidad de vida y de la salud...”

Cabe destacar que aunque la Ley Orgánica de Salud es un proyecto que se encuentra en la Asamblea Nacional para su pronta discusión. En sus disposiciones se encuentran una total expresión en el Plan Estratégico Social instrumento que direcciona la actual política de salud y desarrollo social desde el MSDS.

IV. MARCO CONCEPTUAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4.1. SALUD Y SEXUALIDAD

La salud es un derecho humano fundamental que implica el desarrollo pleno y autónomo de las capacidades individuales y colectivas en condiciones socioeconómicas que aseguren su garantía. Supone un estado de bienestar físico, psicológico y social que es mucho más que la ausencia de enfermedades. Es el producto de sobredeterminaciones sociales y de género en contextos ecológicos, económicos, socioculturales y políticos, así como de aspectos bio-psicosociales e individuales.

La salud se concibe como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar y producto de las determinaciones sociales. Comprende el con-junto de condiciones biológicas, psicológicas, saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. Se alcanza a través del esfuerzo colectivo, intersectorial [transectorial] y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas materiales y sociales de vida, para mejorar el bienestar social y económico de toda la población. (ALOS, Art.2)

Desde el momento de la concepción los seres humanos están determinados por la definición sexual o sexo, es decir son de sexo masculino o femenino. Esta cualidad es inseparable de la vida humana y se define:

El sexo define el conjunto de características fisiológicas que constituyen a las mujeres y los hombres, es decir la pertenencia a uno u otro sexo.

La sexualidad es una dimensión de la personalidad que define el desarrollo como seres sexuados. Está basada en el sexo y las relaciones de género, incluye las identidades, roles, orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de los factores mencionados y puede abarcar todos estos aspectos.

Dado que los humanos son también seres sociales e históricos, todo lo referido a la misma está determinada por estos factores. Así, la cultura incide en visión de la sexualidad y su desarrollo en un contexto sociocultural e histórico, moldeando, los comportamientos esperados para las mujeres y para los hombres en cada sociedad, es decir de género. Género y sexualidad son conceptos íntimamente relacionados, pero el género es una categoría más abarcante.

El desarrollo de la sexualidad en todas sus expresiones está íntimamente vinculado con las relaciones interpersonales, la pareja, la familia, así como con el mundo afectivo y emocional. La sexualidad humana integra: placer, afecto, comunicación, creatividad, ética y procreación, esta última como una potencialidad que entraña el derecho de decidir consciente, libre y responsablemente el tener hijos, cuándo, cuántos y en qué condiciones, o de no procrear.

La evolución plena y satisfactoria de la sexualidad es clave para el ajuste emocional, la autoestima y la felicidad, e incide en la calidad de vida y la salud. De modo que, cualquier problema –biológico, psicológico o socioeconómico o cultural- que afecte el desarrollo de la sexualidad, sus funciones y procesos a lo largo del ciclo vital, va a repercutir en la calidad de vida del ser humano.

Por ello, desde una visión integral no es posible hablar de salud sin tomar en cuenta lo concerniente a la sexualidad y la procreación.

4.2. GÉNERO Y SEXUALIDAD

Las experiencias de la vida en todas sus facetas son vividas por las personas en su condición de seres sexuados y con todas las sobredeterminaciones que la cultura atribuye al sexo, o sea, el **género**. Entendido como:

“...una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Es una forma primaria de relaciones

de poder condicionada por elementos fundamentales de la división sexual del trabajo. Sus contenidos simbólicos incluyen los estereotipos, valores y creencias sobre que significa ser mujer o ser hombre y se transmite de generación en generación a través de los procesos formales e informales de socialización, con cambios más o menos significativos entre padres e hijos e hijas. Afecta las identidades y condiciones de vida de las mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar y las múltiples maneras en que lo hacen...” (HUGGIN'S, Magally, 2002)

La experiencia de seres sexuados es parte fundamental de la personalidad del individuo, así como de su identidad. Y se manifiesta en una gran gama de vivencias de orden biológico, psicológico y social que son particulares a cada etapa de la vida y que están condicionadas a factores socioculturales e históricos específicos y con prescripciones diferentes para hombres y mujeres.

La sexualidad se manifiesta en un conjunto de expresiones de índole biológica – desarrollo de la función sexual y reproductiva-, psicológica -pensamientos, deseos, comportamientos, afectos, emociones, etc.- y social -relaciones interpersonales, roles, etc-, diferenciales de acuerdo a las prescripciones de género. *Los hombres y las mujeres en sus cuerpos sexuados son igualmente diferentes.* El género es determinante en las expresiones de la sexualidad.

Las expresiones de la sexualidad son diversas y pueden ser psicológicas -incluyendo las cognitivas, afectivas y emocionales- y sociales –identidades, roles y relaciones-. En su dimensión afectiva, erótica y social está íntimamente asociada al mundo emocional. Sus manifestaciones inciden en las relaciones interpersonales, roles de género, de pareja, familia y grupos, y su desarrollo pleno y armónico es clave para el ajuste emocional del individuo. Estos aspectos destacan su importancia de la sexualidad en su sentido amplio, así como del ejercicio pleno y satisfactorio para el bienestar y la felicidad como elementos fundamentales de la calidad de vida y salud.

En esta visión, la sexualidad es parte constitutiva de la vida de las personas. La sexualidad comprende un complejo de fenómenos bio-psico-sociales que incluyen la afectividad de las personas, los grupos y las relaciones sociales, las instituciones, los lenguajes y los sistemas de representaciones. Tocando aspectos tales como: la valoración y cuidado del cuerpo, el erotismo, el contacto físico, la orientación sexual, la identidad de género, los roles y estereotipos de género, la responsabilidad individual y colectiva, la pareja, la familia, el amor, la procreación, la menopausia y andropausia.

Así como las sociedades, en momentos históricamente determinados, establecen los comportamientos esperados para el varón y la hembra, delimitando los significados de ser hombre o mujer a partir de la diferenciación biológica; así mismo, se establecen los comportamientos y expresiones sexuales para cada sexo. Cimentadas por las prescripciones anteriores, de los significados atribuidos a la sexualidad se desprenden un conjunto creencias, valoraciones que naturalizan las desigualdades entre los géneros y que construyen lo que estas sociedades entienden por sexualidad femenina o masculina. (GÓMEZ, Luisana, 1991)

Aclarando, la sexualidad de los hombres y las mujeres tienen expresiones diversas de acuerdo a las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y de género. Estas últimas son reflejo de las construcciones sociales de lo femenino y masculino que aunado a la valoración social de la sexualidad, establecerá lo aceptado y permitido como comportamientos sexuales deseables para unas y otros. Siendo la sexualidad una expresión del individuo total, es imposible escindir los aspectos biológicos de los socioculturales e históricos por lo que debe abordarse de una manera integral y con una visión de género que facilite la comprensión de sus aspectos diferenciales.

4.3. CICLO VITAL Y DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

Las vivencias de la sexualidad son parte fundamental del proceso de crecimiento y desarrollo, el cual al referirse al desarrollo de la misma se denomina *desarrollo psicosexual*. Este va progresando al tiempo del crecimiento físico con la maduración psicológica y sexual, desde la concepción hasta la muerte, atravesando una serie de etapas definidas por los períodos de la vida para su comprensión y estudio, las que conforman un continuo. Se habla así, de la sexualidad en la infancia, adolescencia y juventud, vida adulta y en el adulto y adulta mayor, entendiendo que las experiencias y manifestaciones de la misma adquieren particularidades específicas para cada una, así como diferentes por razones de género, cuando se habla de sexualidad femenina o masculina.

Entonces, así como la cultura trasluce aquello que es lo establecido para hombres y mujeres, de la misma manera construye una serie de prescripciones sobre los comportamientos sexuales deseables para niños, niñas, adolescentes, adultos/as y adultas/os mayores. Estas prescripciones están impregnadas de la valoración social de la sexualidad dominante, la cual a su vez está tamizada por la significación y jerarquización que las sociedades establecen para los grupos de edad y los comportamientos sexuales aceptados para cada edad, según si se es hombre o mujer.

También es necesario considerar que cualquier trastorno o daño físico, psicológico y/o sociocultural que incida sobre el sistema reproductor o sus funciones y procesos, puede afectar el desarrollo de la sexualidad y/ la capacidad de procreación. Entendiendo la naturaleza bio-psicosocial e histórica de la misma, -desde un enfoque de ciclo vital-, es importante visualizar la naturaleza del daño y su impacto actual o futuro, en el ejercicio sexual, en sus otras expresiones, tanto como en la reproducción, así como las consecuencias en las siguientes etapas de la vida, respecto al desarrollo psicosexual. A estos fines, es relevante comprender que sexualidad y reproducción son procesos independientes que se entrecruzan en ciertas etapas de la vida, tornándose

interdependientes. No obstante, las primeras etapas de la vida, es decir la infancia y la adolescencia son fundamentales, no sólo por su inmensa influencia en las etapas siguientes, sino por la capacidad de modelar cambios y prevenir problemas futuros

La sexualidad y la reproducción son procesos que atraviesan el ciclo vital de hombres y mujeres generando una serie de consecuencias diferenciales, según el género, etnia-pueblo indígena, territorios y clases sociales, íntimamente relacionadas con las oportunidades de desarrollo humano afectando de manera directa la calidad de vida y salud de los individuos, familias y comunidades, así como el desarrollo social.

4.4. SOCIALIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD

La división sexual del trabajo está basada en las oposiciones entre trabajo doméstico o reproductivo y trabajo productivo, espacio público y privado, confinando a la mujer al hogar y el trabajo doméstico, mientras que se considera al hombre propio del espacio público, la calle y el trabajo productivo. Esta es la visión que impone la concepción de género dominante asentada en el patriarcado.

Al respecto, se afirma que las mujeres en:

“...la concepción dominante de género que ha imperado en la llamada cultura occidental, han sido sometidas a un lugar subordinado en la estructura de géneros, siendo consideradas como responsables del mundo doméstico y de las tareas propias de la reproducción social de la vida, a partir de su vinculación más visible en las labores de la reproducción de la especie humana...” (HUGGIN'S, Magally, 2002)

El patriarcado impone definiciones respecto a la sexualidad y la reproducción, al establecer que la función social de la mujer está centrada en la reproducción y crianza de los hijos. La misma se articula a una valoración negativa de la sexualidad que es consecuencia de la problematización de que ha sido objeto, reduciéndola a su expresión genital –instintiva-biológica-, proscribiendo lo relacionado con el placer –el pecado-, e identificándola con una cuestión moral. (JIMÉNEZ, Elisa, 1991) De esta manera se estatuye la asociación entre sexualidad y reproducción, estableciendo que el único fin y propósito de la sexualidad es la reproducción de la especie y atribuyendo un sentido negativo a sus expresiones fuera de este marco.

Como ya se ha dicho, la valoración social atribuida a hombres y mujeres indica los comportamientos e identidades que definen los papeles o roles sociales a desarrollar para adaptarse a la dinámica social. Estos comportamientos se inculcan desde el nacimiento a través de una compleja y congruente red de pautas de socialización, que los individuos internalizan asumiendo las identidades de género. A través de la socialización, se aprenden las conductas y roles que reflejan las identidades esperadas para alcanzar la feminidad o la masculinidad. Y aún cuando esta valoración negativa de la sexualidad marca tanto a los hombres como a las mujeres, las pautas de socialización establecen diferencias sustanciales en relación con el aprendizaje del cuerpo, los comportamientos masculinos o femeninos y las relaciones entre los géneros. (GÓMEZ, Op. Cit.)

De modo que, los niños son socializados para alcanzar la masculinidad, con pautas más directas, permisivas, afirmadoras respecto al cuerpo, genitales y expresiones de la sexualidad y negadoras de las expresiones afectivas, emocionales y exaltando las conductas audaces y violentas. Mientras que a las niñas las pautas están dirigidas a una feminidad y son restrictivas, indirectas, negadoras de su cuerpo, genitales, expresiones de su sexualidad considerándolas “peligrosas”, y aceptando las manifestaciones afectivas. Erigiendo así una *doble moral sexual* que acepta unas expresiones para unos y las niega para las otras.

Así, a través de la socialización se va modelando una sexualidad signada por la asociación con la genitalidad y la procreación, la negación sistemática de muchas de sus expresiones, fragmentadora del cuerpo y que rechaza el placer por considerarlo peligroso.

4.5. ABORDAJE INTEGRADOR DE LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Como se ha visto, la sexualidad es una dimensión referida a la condición de seres sexuados, incluyendo el género, las identidades sexuales y genéricas, la orientación sexual, el erotismo, afectividad y reproducción. La sexualidad se expresa en todas las manifestaciones humanas. Se habla de salud sexual refiriéndose al desarrollo armónico de las capacidades sexuales para propiciar un bienestar personal y social. El disfrute de la salud sexual supone la garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Comprendiendo así que la salud sexual es independiente de la procreación es definida:

La salud sexual es la experiencia de proceso permanente de consecución bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con el desarrollo autónomo y pleno de la sexualidad y sus expresiones, como aspecto fundamental de la salud integral y la calidad de vida. La salud sexual integra el placer, la comunicación, los afectos y en sus manifestaciones se conjugan los elementos socioculturales e históricos como aspectos intrínsecos a la condición humana. “...Tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual...” (CIPD, 1994)

Y, la Salud Sexual y Reproductiva se puede entender como:

“Un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado que en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...” (CIPD, 1994) Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos

Salud Sexual y Reproductiva es un enfoque basado en la comprensión de la importancia de la sexualidad en la salud y la vida, considerando su interdependencia con la reproducción, pero entendiendo que se trata de procesos distintos. Es un abordaje integrador que enfatizando en la información, educación y servicios integrales permite fomentar el desarrollo de autonomía y el empoderamiento, a través de la toma de decisiones libres e informadas respecto al ejercicio sexual y la procreación.

Facilita abordar una serie de problemas de salud pública, tales como: los embarazos indeseados en adultos y adolescentes, la morbi-mortalidad materna e infantil, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, el cáncer cérvicouterino, mamario y de próstata, la violencia y el abuso sexual, las complicaciones perimenopaúsicas de la mujer y las afecciones de la salud sexual del adulto y adulta mayor, entre otros, desde una perspectiva que enfatiza la promoción de la salud y la calidad de vida.

La clave está en que estos problemas tienen una serie de causas comunes derivadas de las inequidades y la exclusión social que inciden en *conductas sexuales de riesgo* debido a falta de información, deficiente educación sexual, predominio de valoración negativa y genitalizada de la sexualidad, patrones de conducta sexistas, inaccesibilidad de los servicios, etc., los cuales pueden ser prevenidos y atendidos, mediante la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud.

4.6. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A partir de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Conferencia Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se aceptan los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva integral involucrando lo relativo a la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre la sexualidad y la reproducción.

La salud es un derecho humano fundamental y como expresión humana, una sexualidad plena es una instancia fundamental de la salud, el bienestar y la calidad de vida. Por ello, la salud está vinculada a los derechos sexuales y reproductivos. Vale decir, que un conjunto relevante de problemas de salud pública mencionados en el segmento anterior, podrían disminuirse con estrategias que pasan por la garantía de derechos sexuales y reproductivos. (LONDOÑO, M.L. 1996)

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como determinantes de los procesos para mantener y mejorar la salud, ya que son garantía de una sexualidad e intimidad libre de interferencias, de acuerdo a las expresiones y necesidades individuales. (OPS, 2000)

Este enunciado básico implica la garantía de una serie de derechos fundamentales con enfoque de equidad de género. La psicóloga y pedagoga Mari Ladi Londoño en "*Derechos sexuales y reproductivos*" (1996) ha expuesto en diferentes eventos internacionales. Los mismos se desagregan sintetizados a continuación:

- Derecho a condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de vida humana.
 - Derecho a un ejercicio sexual placentero, autónomo e independiente de la reproducción y a disponer de información, educación y servicios la toma de decisiones responsables.
 - Derecho a conocer y amar el cuerpo y los genitales.
 - Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo. • Derecho de una relación sexual independiente de la edad, estado civil o modelo familiar, exenta de cualquier forma de violencia, abuso o coacción,
 - Derecho a una maternidad y paternidad, sana responsable, voluntaria y sin riesgos, a decirla y vivirla por elección y no por obligación.
 - Derecho a participar con igualdad de responsabilidades en la crianza de los hijos y a crear identidades más allá de los roles de género.
 - Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
 - Derecho a servicios integrales de salud gratuitos y de calidad.
 - Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral.
 - Derecho a participar como ciudadanos/as en el diseño, ejecución de políticas y programas de población y desarrollo.
 - Derecho a no tener actividad sexual.
 - Un grupo de expertos internacionales convocados y reunidos por la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Asociación Mundial de Sexología (OPS-WAS, 2000) emitieron una declaración sobre derechos sexuales, bajo el entendido que la siendo la salud un derecho básico, es obvio que la misma conlleva derechos sexuales que deben ser promovidos:
- El derecho a la libertad sexual
 - El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo
-
- El derecho a la privacidad sexual
 - El derecho a la equidad sexual
 - El derecho al placer sexual
 - El derecho a la expresión sexual emocional
 - El derecho a la libre asociación sexual
 - El derecho a información basada en el conocimiento científico
 - El derecho a la atención de la salud sexual

Si se relaciona lo enunciado en el abordaje integrador de la salud sexual reproductiva, y derechos sexuales reproductivos con lo que debe ser garantizado en las ofertas de servicios de este ámbito, y, por otro lado, se analiza lo que hoy día se ofrece en

la atención en salud -dadas las necesidades de los usuarios y usuarias de acuerdo al género, pueblo indígena, territorios y clases sociales-, se puede identificar las brechas de inequidad entre necesidades y derechos vulnerados, así como el déficit de atención. En esta brecha se observa el incremento de una serie de problemas de salud pública, aún intentando ser enfrentados desde la óptica materno-infantil.

V.- UNA MIRADA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN VENEZUELA

5.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Para el 2001, de acuerdo a la Censo Nacional la población venezolana está constituida por 24.631.900 millones de habitantes, los cuales más de la mitad son jóvenes. El 12.240.985 son mujeres y el 12.390.915 son hombres. (INE, 2001) La población de niños, niñas y adolescentes menores de 19 años alcanza el 43% de la población (INE, 1998).

La mayoría de la población vive en zonas urbanas concentrada en las ciudades de la región centro-norte costera y en los estados Bolívar, Zulia, Anzoátegui y Nva. Esparta. Mientras que en los estados del sur, es decir: Delta Amacuro, Amazonas, Trujillo, Barinas y Apure se destaca la presencia de amplios sectores de población rural.

La esperanza de vida presenta una tendencia al aumento, situándose en 75.53 años para el 2001, lo que significó un incremento de 17.8 años en 21 años. No se cuenta las cifras actualizadas por sexo para este año, Por sexo para el 2000, se desagregaba en 76.23 para las mujeres y 70.45 en hombres. Este aspecto ha repercutido en la visibilización del envejecimiento en la estructura poblacional, y así el grupo de adultos/as mayores de 65 años y más, representa cerca del 4%.

Venezuela experimenta un crecimiento interanual de 2,5, uno de los más altos de la región, muy por encima del nivel deseable del 1% anual, mencionado por las Naciones Unidas.

Otro aspecto de significativa importancia es el progresivo y sostenido descenso de la fecundidad, -en el 2001, 2.79- la cual constituye una tendencia asociada a la creciente incorporación de la mujer a la educación y al mercado laboral, a lo cual ha contribuido el acceso a información, y servicios de salud cuya acción ha incidido en el control voluntario de la misma. (INE, 2001) Del mismo modo, la tasa de natalidad se ubicó en 23.89 (INE 2000).

También la tasa de mortalidad general en 4.63 x1000 hab. continúa presentando un progresivo descenso (INE,2000). Para el año 2000, la primera causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio con 20,97%, seguido cáncer con 14,34%, enfermedades cerebro-vasculares con 7,86% y luego accidentes de todo tipo con 7,48% de los casos sobre mortalidad diagnosticada por médico tratante o forense. (MSDS, Anuario de Mortalidad 1999).

5.2. PRINCIPALES PROBLEMAS SOCIALES Y DE SALUD PÚBLICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La población en edad fértil es 6.235.132 mujeres, las que superan el 25% de la población total (INE, 2001) La cobertura de atención prenatal alcanza el 25,50% aún cuando en la mayoría de estos no se cumplen los controles normados (MSDS, 1998). El control tardío se estimó en 40% de las mujeres de menor nivel educativo y en 31% de los nacimientos de adolescentes. (ENPOFAM, 1998)

La salud sexual y reproductiva es un área que aglutina importantes problemas de salud pública sobredeterminados por condiciones socioeconómicas estructurales, por lo que son también problemas sociales. Entre ellos se destaca: el embarazo en adolescentes, embarazos indeseados y baja cobertura de planificación familiar, las altas tasas de mortalidad materna e infantil por causas prevenibles, la alta incidencia de cáncer cérvico uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, así como la violencia doméstica y sexual.

5.2.1. Inequidades y fecundidad

Los datos de la encuesta ENPOFAM revelan que la contribución de la fecundidad de las adolescentes continúa su tendencia al incremento. La misma evidencia que las adolescentes de 15 a 17 años tienen al menos 1 hijo, mientras que las de 18 a 19 años son madres de 1 o más hijos.

La fecundidad temprana es 51% mayor en las zonas menos urbanizadas y rurales en relación al área metropolitana de Caracas, revelando importantes diferencias en relación a la distribución de oportunidades y garantía de derechos que se reflejan en patrones de comportamiento reproductivo, con particular énfasis en las adolescentes.

En relación al nivel de urbanización y desarrollo, se observa que las tasas globales de fecundidad son más altas en las zonas menos urbanizadas, rurales, con mayor acumulación de brechas de inequidad y exclusión social. Aquí se incluyen los estados llaneros y de alta presencia indígena. Así se observa que para 1998 en estas zonas y en las ciudades de menos de 25.000 hab. Este indicador registró 3,67 hijos por mujer, mientras que en las ciudades de más de 25.000 h. es de 2,0 y en la zona metropolitana de Caracas presenta 1,90.

Esta misma tendencia se reproduce en la edad de las primigestas. Así, el 75% de las mujeres entre 25 y 49 años de las zonas menos urbanizadas y de mayor exclusión social, tuvo su primer hijo antes de los 25 años. En las ciudades menos de 25.000 h esta cifra disminuye a 68% y en el área metropolitana es de 52%. (FNUAP, 2001) En general, para el 2001 el 50,9% de los nacimientos se registraron en mujeres menores de 24 años y manteniéndose la tendencia al descenso. Las mujeres de 25 a 50 años y más registraron 48% de los nacimientos vivos registrados Siendo este grupo el que presenta los más altos registros.

Otro factor que es determinante en el comportamiento reproductivo es el nivel de instrucción. Las mujeres con baja escolaridad -seis años o menos- presentan una fecundidad 2,3 más alta en relación a las que tienen 10 o más años de escolaridad.

Como puede observarse, el comportamiento reproductivo de hombre y mujeres en los diferentes etapas de la vida están determinados por las condiciones de vida, por lo que algunos de sus indicadores reflejan las inequidades sociales.

5.2.2. Las y los adolescentes y su salud sexual reproductiva

En el 2001, la población adolescente es de 5.415.825 representa el 21% de la población total (INE, 2001) Las adolescentes de 15 a 19 años constituyen el 21% de las mujeres en edad fértil (ENPOFAM, 1998) con las siguientes características señaladas en el cuadro Nro 3 de los anexos.

Venezuela mostró una tendencia a la baja en la tasa de fecundidad, sin embargo el grupo adolescente no observó el mismo comportamiento, manteniéndose la tendencia al incremento. Esto se explica debido a la prevalencia del embarazo en adolescentes el cual en distintos estudios ha sido destacado como el principal problema que conjuntamente con la exclusión escolar afecta a este grupo poblacional.

La edad de la menarquía según Fundacredesa es de 12.3 años para 1997. El nivel de fecundidad de las venezolanas es similar a de las colombianas, brasileñas y bolivianas y muy inferior al de las centroamericanas Se destaca que la fecundidad es 4 veces mayor en las adolescentes con menor nivel de instrucción. (ENPOFAM, 1998)

El estudio de comportamiento reproductivo de las adolescentes, realizada a partir de la ENPOFAM (1998) arroja importantes conclusiones. Un 33% de las mujeres de 20 a 24 años se inició sexualmente antes de los 18 años. Se destaca que una de cada tres adolescentes con menor nivel de instrucción es sexualmente activa, y dos de cada tres adolescentes de este grupo han sido madres antes de los 20 años. En las más instruidas, la iniciación sexual temprana se reduce a un 4% y sólo 1 de cada 5 ha sido madre antes de los 20. Más del 50% de las adolescentes se inicia sexualmente antes de los 19 años y el 10% antes de los 15. (Freites y Di Brienza, 2000)

El patrón de embarazo y unión temprana es distinto en las adolescentes de las zonas más urbanizadas e instruidas en relación a las de las zonas menos urbanizadas rurales y menor instruidas. Las adolescentes de escasos recursos y zonas menos

urbanizadas se embarazan y constituyen su propia familia después de abandonar los estudios. La iniciación sexual es temprana, -30% se inició antes de los 15 y 70% antes de los 19-pero también la primera unión. En muchos casos el embarazo es deseado frente a la falta de oportunidades y el 80% de ellas aspiró a tener hasta 4 hijos (Angulo, 1995). Mientras que, en contextos urbanos las adolescentes mas instruidas retardan la iniciación sexual y la primera unión también, es decir usan los anticonceptivos en mayor proporción y prolongan el período de formalización de pareja. (Freites y Di Brienza, 2000)

En general, prevalece la falta de información, la ineficacia de la educación sexual preventiva y limitaciones en el acceso a servicios específicos, diferenciados y confiables, lo cual es un factor relevante en el comportamiento reproductivo de adolescentes. Una de cada cinco adolescentes conoce su período fértil. Conocen los métodos anticonceptivos (pastillas 96%, preservativos 90%, DIUs 80%, e inyectables 55%), pero 8% revela haberlos usado y sólo 5 los usa actualmente. Los métodos mas recurridos son las pastillas, el retiro y el preservativo. Así, una de cada 10 adolescentes es usuaria de algún método anticonceptivo, 2 de cada 5 de las adolescentes casadas o unidas y 1 de cada 3 de las sexualmente activas. El uso de anticonceptivos en adolescentes es mas frecuente en la zona metropolitana de Caracas. La causa mas frecuente de abandono del método es la falta de recursos y la búsqueda de un embarazo entre las de mayor edad. La mayor proporción de adolescentes que recurren a métodos tradicionales obtienen información y orientación de parientes o amigos, mientras que las usuarias de métodos modernos los obtienen en las farmacias 68% (Freites y Di Brienza, 2000)

Para el 2001, el MSDS registró un 21.10% de los nacidos vivos registrados (NVR) de madres menores de 19 años. Aún cuando es conocido que existe un significativo subregistro, se observa un lento pero sostenido descenso de 21,77% en el 1999, 21,40% en el 2000 a la cifra actual. (MSDS, 2001) A pesar de este modesto avance, las cifras continúan por encima del 20% situando a Venezuela entre los países de la Región Andina con más altos índices. Se destaca que de cada 10 nacimientos de adolescentes sólo 1 ocurre sin control prenatal y 1 de cada 5 partos es cesárea. El 7% de los nacimientos de hijos de adolescentes es prematuro. En la década de los 90' la mortalidad en este grupo por causas obstétricas alcanzó el tercer lugar del total de muertes. Actualmente ocupa el 7º lugar en morbilidad por esta causa. La contribución de las adolescentes a la mortalidad materna global es significativa alcanzando un 40,26 % para 2001 (MSDS, CPCMMI, 2001) siendo el embarazo temprano un importante factor de riesgo. La mortalidad infantil se estimó en 33% mayor en hijos de adolescentes.

El embarazo en adolescentes aparece como una respuesta a la falta de oportunidades y estrategia de sobrevivencia ante la exclusión social. El 70% de las madres adolescentes no había completado la educación básica y presentan los más altos índices de desocupación (Angulo, 1995). Un estudio realizado sobre Género y Pobreza, reveló su íntima relación con la feminización y reproducción de la pobreza. (Córdova, A y Castillo, A. 1998) Teniendo en consideración la repercusión de este problema para el desarrollo de la autonomía, su impacto en el desarrollo humano y social, es prioritario diseñar intervenciones sanitarias y educativas que incidan en su reducción, en la prevención los embarazos sucesivos y sus consecuencias.

El grupo de adolescentes de 15 a 19 años representó el 20% de los casos de ITS, con un 22% en varones y 17% en hembras. Respecto al VIH SIDA el grupo de 10 a 24 años representa el 11,65% de los casos. Un 2,4% del total se registró en adolescentes tempranos de 10 a 14 años (MSAS, 1995). A pesar del posicionamiento del problema y la información disponible, las y los adolescentes no internalizan medidas preventivas y esto tiene que ver con la negación y valoración negativa del ejercicio sexual en esta etapa.

Un estudio realizado en personal de tropas del Ejército venezolano, constituida en su mayoría por adolescentes y jóvenes desescolarizados, con un 7º grado de nivel educativo promedio y de sectores populares, reveló que tienen información sobre factores de riesgo y prevención de ITS y VIH-SIDA, pero muy pocos usan el preservativo. Llama la atención que consideran que el sostener relaciones con trabajadoras sexuales "...es parte de la vida de un hombre...". (Barrios, 2000 c.p. en FNUAP, 2001) Otro estudio en tropa alistada registra que el 60% se iniciaron sexualmente entre los 10-14 años y el 30% son padres adolescentes. (González, Pérez y Siegert, 2000, c.p. en FNUAP, 2001)

La violencia doméstica, el abuso y la explotación sexual son problemas que reflejan las inequidades asociadas al género e inciden de manera significativa en la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Aunque no se dispone de registros oficiales que ilustren la magnitud del problema de la violencia, de las cifras disponibles, se destaca que el 72% de las denuncias corresponde a niños, niñas y adolescentes y el 66% de los agresores fueron jóvenes de sexo masculino entre 15 a 24 años (Instituto de Policía Científica, 1995) En los últimos años se ha visibilizado el problema, se han desarrollado experiencias locales y acciones para generar capacidades y la promoción en esta área es parte de la política del MSDS.

La prostitución y explotación sexual en niños, niñas y adolescentes es otro grave problema que observa un incremento notable durante la última década. FONDENIMA, estima que el 5% de los niños y de las niñas con menos de 15 años son víctimas de esta problemática. Hasta hace 5 años el 90% de las víctimas eran niñas, en la actualidad el 75% corresponde al sexo femenino y 25% a los varones, sobre todo adolescentes.

Con la entrada en vigor de la LOPNA, se estatuyen el derecho a información, educación y servicios en salud sexual y reproductiva de adolescentes. No obstante, prevalece una ausencia de cultura de derechos sexuales y reproductivos en este grupo. Las acciones y servicios son escasos, dispersos en algunos estados del país, muchos fragmentados y centrados en la atención de la adolescente embarazada. Se destaca la baja cobertura, calidad/ calidez y accesibilidad de los mismos. Aún persisten obstáculos y prejuicios en la atención de la SSR de adolescentes. Recientemente se actualizaron los instrumentos normativos y se presentó el *Programa Nacional de Promoción de Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes*, incorporándose este componente a la oferta de Atención Integral específica para este grupo.

5.2.3. Embarazos indeseados y baja cobertura de Planificación familiar.

En general, la población conoce los métodos anticonceptivos. El 93% de las mujeres adultas los conoce y el 47% de las mujeres de 15 a 49 usan algún contraceptivo, con la siguiente distribución: 26% esterilización quirúrgica femenina -esta cifra incluye las mujeres histerectomizadas -, 21% anticoncepción oral, 10% dispositivos intrauterinos, 3% preservativos, 4% ritmo y 5% retiro o coitus interruptus, este último se incluyó en la encuesta pero no debe considerarse un método anticonceptivo. El cuadro anterior revela un alto uso de la esterilización quirúrgica, la cual prevalece frente al bajo acceso a otros métodos y una baja participación masculina en la anticoncepción. (ENPOFAM, 1998)

Los embarazos indeseados son en parte consecuencia de falta de información y acceso a servicios vinculados a la baja calidad y cobertura de la planificación familiar (PF). Como es conocido, desde su creación en 1966 los servicios de PF han atravesado por etapas de avances y retrocesos, dependiendo de las políticas de los gobiernos de turno respecto a este tema. Así, la última década se caracterizó por un progresivo debilitamiento de los mismos asociado a la reducción de la distribución de anticonceptivos. De allí que para 1997, la cifra de cobertura en esta área apenas alcanzara 24.7%.

Desde 1999 y con la creación del PNSSR en el año 2000, esta situación se ha ido corrigiendo y actualmente la provisión incluye una amplia variedad de anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, preservativos y la anticoncepción de emergencia, incidiendo en un incremento de la cobertura de planificación familiar a 43% para el 2000 (OPS, 2000)

La anticoncepción de emergencia se incluyó en la *Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva*, (MSDS, 2000) y en los *Lineamientos Estratégicos de Prevención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia* (MSDS, 2000), indicándose para casos de violación, relaciones sexuales sin protección y discontinuidad en ciclos orales. De esta manera, Venezuela se coloca entre los países de América Latina más avanzados en esta materia. Esta política ha repercutido en el fortalecimiento de estos servicios y un incremento del acceso a anticonceptivos.

A los efectos de evaluar y optimizar todo el proceso de logística de anticonceptivos del MSDS, con la cooperación del UNFPA en el 2002, se realizó un diagnóstico del mismo. El mismo reveló que pesar de los esfuerzos en esta área: la oferta de anticonceptivos poco se relaciona con la demanda y no está normada, prevalecen dificultades en la distribución de anticonceptivos, los servicios están centrados en la mujer, la elección del método la realiza el equipo de salud y poco reconoce las necesidades de las usuarias, persiste un bajo registro de información de PF, así como otros problemas que son el objeto del diseño de un *Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos (SILOGIA)* que adelanta el MSDS.

Un problema importante es la no inclusión del hombre en la anticoncepción en la oferta de planificación familiar, ya que sólo el 3% corresponde al uso del condón, único método reportado como usado por el hombre. La distribución de preservativos femeninos y masculinos, es baja y está compartida con el Programa Nacional de ITS SIDA, la cual está principalmente dirigida a los grupos de riesgo de estas enfermedades.

Para 1998, según ENPOFAM, la mayoría de las mujeres, adultas y adolescentes, accedían a contraceptivos a través de las farmacias 67%, instituciones públicas 17%, no incluyendo la esterilización -se ha incrementado significativamente en los

últimos 3 años– y un 15% en establecimientos privados. Desde 1999, la participación del sector público en acciones de planificación familiar se han incrementado de manera significativa, destacándose: el fortalecimiento de la provisión de anticonceptivos desde el nivel central y en algunas regiones, la incorporación de este componente en operativos de salud, clínicas móviles y distribución masiva de preservativos desarrolladas por alcaldías y regiones, así como otras acciones informativas de prevención y esterilización voluntaria en el marco del Plan Bolívar 2000, Programa PESA y otros operativos realizados por la F.A.N.

Actualmente, en el marco del *Primer Programa de País 2003-2007 del UNFPA*, el MSDS está desarrollando dos proyectos de relevancia con metas a mediano plazo orientados a promover y fortalecer la atención en salud sexual y reproductiva:

- **Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva:** Este proyecto se orienta a fortalecer la capacidad técnica del MSDS para garantizar y elevar la calidad de atención en SSR, incidiendo en capacidades para reducir la mortalidad materna, la atención integral de adolescentes, los embarazos no planificados, la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual y las ITS-VIH/SIDA.
- **Establecimiento del Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos:** Se orienta al fortalecimiento de los servicios de Planificación Familiar, a través de la implantación y desarrollo de un Sistema de Logística de Insumos Anticonceptivos (SILOGIA).

Otros proyectos del Primer Programa de País 2003-2007 se comentan en el segmento de Educación Sexual.

5.2.4. Mortalidad Materna e Infantil

La mortalidad materna e infantil es uno de los problemas de salud pública mayor relevancia y de interés prioritario para el país. Se destaca que la mortalidad neonatal se mantiene alta y en la postneonatal el descenso es muy lento (OPS, 2001) La mortalidad neonatal refleja la capacidad resolutoria de los servicios de salud y presenta una tasa mas elevada en los estados: Nueva Esparta 21,7, Monagas 17,7, Aragua 16,3 y Bolívar 15,2x 1000 NVR. Las cifras de mortalidad postneonatal mas altas se presentan en: Amazonas 17,2, Delta Amacuro 17,1, Barinas 13,4, Monagas 12,3, Zulia 12,2 y Trujillo 12,1 X1000 NVR. Las tasas de mortalidad postneonatal son expresión de las inequidades en las condiciones de vida y vulneración de derechos fundamentales en las que viven las familias de las regiones con menor desarrollo humano y social (FNUAP, 2001)

Al analizar la tendencia de la mortalidad materna, se observa un sostenido descenso de 172 en 1940 a 59 x 100.000 NVR en 1999. Se destaca que a partir de los 80´ esta reducción se torna mas lenta y las cifras se mantienen altas considerando sus principales causas y las condiciones de atención sanitaria de los mismos. (OPS, 2001)

Así para el año 2000, el MSDS registró una tasa de 60,06, y en el 2001, el Comité para la Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil estima la misma en 67,23 por cada 100.000 NVR. (MSDS, CPCMMI 2001) Los estados con tasa más altas son: Delta Amacuro con 242, Trujillo con 171, Nueva Esparta con 114 x 100.000 NVR. Entre las causas mas frecuentes que ocasionan las muertes se encuentran: complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio 50%, edema proteinuria y trastornos hipertensivos 35% y embarazos terminados en abortos 14%. La mayoría de estas son condiciones perfecta-mente prevenibles con control prenatal adecuado y elevando la calidad de la atención del proceso reproductivo, con énfasis en la atención perinatal. Esto se hace más relevante al considerar los altos porcentajes de atención asistencial e institucional del parto en el país, que para 1999 superaba el 97% y que asimismo, el 90% de los nacimientos reciben atención prenatal. Sin embargo, el MSDS ha reportado alta concentración de parturientas en los centros hospitalarios en servicios especializados agotando la capacidad de respuesta de los mismos. (OPS, 2001) Distintos análisis realizados en las reuniones para el diseño de planes regionales de prevención de la mortalidad materno-infantil, así como en encuentros sobre estos temas se ha acusado el hacinamiento, maltrato, abuso de intervención médica para acelerar el proceso de parto, entre otras prácticas que inciden negativamente en el desarrollo perinatal.

Para 2000, el 96% de los partos ocurrió en los establecimientos de salud, y un 96,7 recibió atención médica por personal calificado. Los partos en casa particulares alcanzaron 3,6% (Registros de Prefecturas, jefaturas y Alcaldías, 2000)

La relación entre causas y muertes acusa la baja cobertura de atención prenatal vinculada a la falta de accesibilidad y calidez de los servicios. Asimismo, la baja calidad de atención y falta de capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas. Otro

aspecto relacionado es la alta incidencia de cesáreas a nivel público, con mayor frecuencia en el sector privado. Todos estos aspectos no pueden desligarse de las condiciones de subordinación de la mujer por razones de género en la atención del proceso reproductivo, lo cual ha sido descrito por distintos autores como violencia de género (GÓMEZ, L. 1988) (HUGGIN´S. M. 2001).

Preocupa también la significativa incidencia de morbi-mortalidad por complicaciones en embarazos terminados en abortos y prácticas abortivas de riesgo debido a la falta de prevención de los embarazos indeseados y ausencia de legislaciones adecuadas y actualizadas a las necesidades de salud en esta materia. Dado que existe un importante subregistro asociado a la ilegalidad de estas prácticas, la cifra se ubicó en 14% (MSDS. 1997-1999) El Estado Venezolano ha reconocido que este es un problema de salud pública y se comprometió a la erradicación de los casos (CIPD +5, 1999). La política actual del MSDS en esta materia se basa en el fortalecimiento de la prevención de los embarazos no deseados, incluyendo la anticoncepción de emergencia, la atención oportuna y adecuada del aborto en curso, así como la regulación de la fecundidad post-evento obstétrico. No obstante, se requieren avances en materia jurídica para la no criminalización de las mujeres y se incorpore la atención terapéutica de los casos especiales de embarazos por: violación, incesto, alteraciones del desarrollo intrauterino, genéticas, hereditarias y congénitas, así como en casos de riesgos de salud física y mental de la madre. Se espera fortalecer el rol regulador y normativo del Estado incidiendo en la erradicación de las prácticas de riesgo y clandestinas por estas causas.

Para reducir significativamente la mortalidad materna e infantil, desde el año 2000 el MSDS instaló el Comité Nacional De Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil. Es una instancia intersectorial la cual diseñó y ejecutó el Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, promoviendo y evaluando esta iniciativa a nivel regional. Estas acciones han incidido en avances en el sistema de registro e investigación de las muertes, evaluación de las condiciones de eficiencia de los establecimientos en la atención al parto, calidad de atención de las emergencias obstétricas, promoción de las casas comunitarias, entre otros logros que han contribuido a impactar en estas condiciones.

Desde los años 80´ se vienen desarrollando en el país iniciativas innovadoras en la atención al parto y proceso reproductivo. Así, se destacan los Centros de Orientación Familiar y Sexual (COF´s) adscritos al SENIFA con las actividades de educación sexual, familiar y preparación psico-profiláctica para el parto. A nivel local, en establecimientos públicos existen experiencias de atención humanizada del parto con participación de la pareja en ambulatorios. Se destacan las iniciativas desarrolladas en Aragua, Carabobo y Anzoátegui. A nivel no gubernamental, existen interesantes experiencias de atención humanizada del parto que incluyen libertad de posición en el parto y parto en el agua, con participación de la pareja bajo la filosofía de no violencia.

Estas se agrupan en la Asociación Nacional de Educación Prenatal (ANEP) y forman parte de la Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal (OMAEP).

5.2.5. Las infecciones de transmisión sexual

En la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), registrada en los últimos años se destacan altos registros de: en primer lugar la candidiasis y tricomoniasis las cuales son infecciones comunes, le sigue la infección gonocócica, en tercer lugar el VPH, y la sífilis. (Ver Anexo cuadro N° 2)

Las tendencias muestran importante incremento de los registros de candidiasis y tricomoniasis, infección gonocócica, VPH y herpes genital. Se observa también un descenso de la sífilis.

En el año 2000 se observa un aumento de casos registrados de ITS con 36.969 respecto a al año 1999 con 19.386 casos. (Ver Anexo cuadro N° 2)

5.2.6. El VIH/SIDA en Venezuela

Venezuela evidencia una de las más altas tasas de prevalencia de adultos con VIH/SIDA en América Latina. A pesar que se reconoce un elevado subregistro, se estima 82.000 que viven con el VIH. Entre 1994 y 1997 aumentó en más del 100% la tasa de prevalencia. Se duplica para 1994, y las personas fallecidas se multiplican 2,7 veces.

Las vía de transmisión más frecuentes es: la sexual 90,3% (homosexual 41,5%, heterosexual 31,7% y bisexual 17,1%), sanguínea 4,3% (2,0% drogas, hemofílico 1,3%, transfusiones 1,0%) vertical (3,1% y mixta 2,3%). (FNUAP, 2000)

En la distribución por sexo se destaca un franco predominio del sexo masculino y la tendencia de la incidencia en mujeres revela un franco ascenso. La razón hombre/mujer se duplicó en 9 años y para 1999 es de 5:1 El 50% de los casos contrajo el virus entre los 15 y 24 años. Y las edades más afectadas van de 25 a 34 años. Los estados con mayores tasas de morbilidad son el Dpto. Capital con 167,8 x100.000hab., Nueva Esparta con 37,5 x 100.000hab.

En 1999 se registraron 1243 defunciones, de las cuales las correspondientes a las edades de 15 a 49 años fueron 16 veces más que las correspondientes a los de 50 años o más.

El MSDS le ha otorgado prioridad a esta problemática realizando importante inversión en prevención y atención del VIH-SIDA, destacándose el suministro gratuito de medicamentos y el desarrollo de acciones preventivas a través de ONG's del área. Así, para diciembre del 2002 el MSDS suministró tratamiento a 7.246 pacientes, lo que representó una inversión de 27 millardos de bolívares.

Otro importante problema es la necesidad de un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica articulado al Sistema de Información del MSDS. Para solventar esta deficiencia, se desarrollan distintas iniciativas para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

5.2.7. Cáncer ginecológico

Las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de muerte en 1999, manteniendo la tendencia a ocupar los primeros lugares entre las primeras causas de muerte en el país. Se aprecia un incremento de casos y defunciones por cáncer ginecológico.

En las mujeres el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muertes, con una tasa de 13.1 por 100.000 mujeres para 1999. (OPS, 2000) presentando incidencia estimada de 27,26% -incluyendo de cuerpo y cuello uterino-y una tasa de 31.33 x 100.000 mujeres. Se observa un significativo aumento de casos de muerte por esta causa, los que pasaron de 900 casos en 1997 a 1.335 en el 2000. El mayor riesgo se presenta en el grupo de edad de 25 a 64 años y se asocia algunas enfermedades de transmisión sexual. Preocupa particularmente esta situación debido a que se trata de un tipo de neoplasia con un desarrollo lento y susceptible de prevención y atención oportuna con la detección temprana, lo que ha motivado el desarrollo de acciones de instituciones públicas con este fin. Uno de los principales problemas que confrontan los programas de prevención y control de este cáncer es la calidad del diagnóstico.

El cáncer de glándula mamaria es la tercera causa de muerte con 8,8 x 100,000. (OPS, 2000) Presenta una incidencia estimada 18.44% y una tasa de 21,20 por 100.000 mujeres, afectando principalmente al grupo de 45 a 59 años. (MSDS, P.N. O. 1999) También en este caso se observa un aumento de casos de muerte por tumor maligno de mama en mujeres (de 948 casos de mujeres en 1997 a 1.107 en 2000). (OPS, 2000)

Con la incorporación de esta área de atención en las acciones de SSR se trata de desarrollar un abordaje integral que impacte de manera sistémica en los factores de riesgo comunes con otros problemas de esta área, en el contexto de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

5.2.8. Cáncer de próstata

La incorporación del hombre a los servicios es una necesidad y es parte de la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos. Uno de los principales enfermedades que los afectan en el cáncer de próstata, el cual requiere de acciones preventivas para elevar la cobertura del diagnóstico precoz.

Para 1999, ocupó el tercer lugar como causa de neoplasias malignas con una tasa de 11,0 x 100.000 La incidencia estimada de este tipo de cáncer de próstata 18,19%

La mortalidad masculina por neoplasias malignas alcanzó un 63.2 %. Se observa un aumento importante de muertes por tumores malignos en la próstata. De 1.179 en el año 1997 a 1.408 en el 2000, los cuales significan un 18.31%. (OPS, 2000)

5.2.9. Educación Sexual

En relación a la Educación Sexual en Venezuela, se observan avances. La reforma de los programas educativos realizada en el 1997, incorpora de Educación Básica (I y II etapa) contenidos sobre sexualidad, reproducción e información preventiva, así como ejes transversales de educación en valores. La tercera etapa los incorpora en asignaturas: educación familiar y ciudadana, educación para la salud, biología y psicología. No obstante, persiste un énfasis en una información biologicista y problematizadora de la sexualidad. La falta de capacitación específica, así como los prejuicios y valoración negativa de la sexualidad, inciden una deficiente preparación para la toma de decisiones responsables.

A nivel no formal, la educación sexual ha sido desarrollada a través de programas y proyectos incorporados a capacitación laboral de jóvenes, programas de educación preventiva de jóvenes desescolarizados, orientación a adolescentes, entre otros ejecutados por instituciones públicas. Las ONG's del área han realizado una importante labor de difusión de información y educación, a través de programas de formación de promotores juveniles de salud sexual y reproductiva, orientación a adolescentes, facilitadores de salud, prevención del embarazo precoz y salud sexual y reproductiva, así como de prevención y atención violencia doméstica y sexual.

Desde el año 2000 al 2002, el MSDS a través del Programa Nacional de ITS-SIDA desarrolló un proyecto de capacitación de recursos humanos docentes y de salud denominado: "*Proyecto de Prevención Integral, ITS- VIH-SIDA, Embarazo Precoz Y Violencia Intrafamiliar*" dirigido a las Escuelas Bolivarianas, a nivel nacional. Este constituye un importante esfuerzo para la articulación de esfuerzos y generación de capacidades en educación sexual.

También en el marco del *Primer Programa de País 2003-2007 del UNFPA* en Venezuela se están desarrollando interesantes proyectos en esta área:

- **Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para la FAN:** Con el objetivo de educar y promover la salud sexual y reproductiva en los alumnos de las diferentes escuelas e institutos, así como la tropa alistada de las FAN, se avanza en la inclusión de contenidos de SSR en los programas de formación de oficiales, centros de adiestramiento militar y capacitación del personal de los servicios de salud comandos de las escuelas y sargentos de tropa.
- **Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva.** Desarrollado con el INCE se capacita a los y las instructoras de los cursos de larga duración en la prevención de ITS-VIH-SIDA y violencia de género, construyendo capacidades para acciones educativas.
- **Educación de la sexualidad, salud reproductiva y equidad de género:** Este proyecto se desarrolla con el MECD, implica el fortalecimiento de los programas y planes educativos de educación inicial y básica en contenidos de educación para la sexualidad y equidad de género.

5.2.10. Género, violencia y derechos

La violencia doméstica perpetrada en el contexto del hogar ya sea por miembros de la familia (intrafamiliar) u otros allegados constituye un problema que por su tendencia creciente es considerada como un problema de salud pública. La entrada en vigencia de la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y La Familia, así como la Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente, prescriben acciones de prevención, protección, atención y sanción de los casos que involucra al sector salud. Esto ha conducido a visibilización de estos problemas y la incorporación de acciones para este fin.

Otro problema relacionado es la violencia y explotación sexual, cuyas víctimas son en su mayoría mujeres jóvenes, adolescentes y niñas, y de ocurrencia frecuente en el contexto familiar y comunitario. El abuso sexual en todas sus formas, incluyendo el incesto, es frecuentemente ocasionado por parientes, vecinos y personas conocidas.

Su relevancia se hace visible a partir de su posicionamiento en la opinión pública y las crecientes denuncias. Muchos de los casos, devienen en embarazos indeseados e infecciones de transmisión sexual.

No existen en el país registros oficiales respecto a los casos de violencia intra-familiar y de género, por lo que se asumen como referencia algunos estudios realizados por instituciones de relevancia nacional.

Las cifras disponibles muestran la ocurrencia para 1997 de 7.426 delitos sexuales entre los que identificaron: violaciones, seducción, raptos, incestos, de las que fueron víctimas mujeres. En ese año se registraron diariamente

11.9 mujeres violadas. Para ese año, del total de delitos reportados contra las buenas costumbres y el buen orden de las familias, la violación representó el 47% del total de los casos. (OPS, 2001)

Datos más recientes referidos a la violencia doméstica e intrafamiliar revelan que en los últimos tres años se han reportado un promedio de 4.000 denuncias al año y para el 2001 se esperaba que la cifra se triplicara (OPS, 2001). El servicio 800mujer reporta que del total de llamadas recibidas 60%, corresponden a violencia contra la mujer y la familia, 92% violencia intrafamiliar y 93% de los denunciados son mujeres. Así mismo, la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer registró en el 2001, un 41% de casos por violencia. En la División contra la Violencia a la Mujer y la Familia de la PTJ, para 2001 habían observado que 95% de las agraviadas fueron mujeres, y sólo 34,9% presentan denuncias e inician expedientes.

El Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de la UCAB (CIES) realizó en el año 2000 un estudio para el Instituto Nacional del Menor, el cual reportó las siguientes conclusiones:

- El maltrato afecta tanto a niños como a niñas, principalmente de corta edad.
- La mayoría de las veces la persona que introduce la denuncia es la madre, pero también se involucran los vecinos en este tipo de hecho.
- Los mecanismos de atención a las víctimas y el seguimiento, así como las respuestas que reciben son muy precarios.
- La calificación de maltrato que conlleva una sanción depende de la gravedad de las lesiones físicas sufridas, no así del daño psicológico, emocional y afectivo al cual ha sido sometido el niño (a) o adolescente, exponiéndolo a nuevos maltratos y también exponiendo al denunciante.
- Fue bastante generalizada la opinión acerca de los riesgos que corren los niños(as) y adolescentes con madres que trabajan, especialmente cuando estos niños (as) y adolescentes no están incorporados al sistema escolar y por tanto están más expuestos a diversas amenazas de violencia y abuso.

No obstante, los avances en este tema desarrollados por el MSDS a través de INAMUJER, CDNA y el PNSSR, el Programa de Salud Mental y Gerencia de Red de Ambulatoria y Atención Integral, persisten obstáculos para la identificación de los hechos de este particular tipo de violencia de género, lo que repercute en ausencia de denuncias de la mayoría de los casos y un importante subregistro de los casos. Y por otra parte se requiere de instrumentos normativos para orientar la atención, así como de un sistema de referencia y registro adecuado de información.

VI. SITUACIÓN DE LAS RESPUESTAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6.1. RECONSTRUYENDO LA HISTORIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN VENEZUELA

6.1.1. Avances a nivel internacional

A nivel mundial, a través de distintos acuerdos internacionales, se viene avanzando en compromisos para atender los temas de población y desarrollo. De éstos, la IV Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM Beijing 1995), constituyeron hitos que significaron un viraje en los enfoques anteriores para atender estos temas. Se establecieron importantes compromisos para los siguientes 20 años en los temas de población, donde la atención y garantía de derechos en salud sexual y reproductiva constituye el eje fundamental.

Los acuerdos establecidos repercutieron en la institucionalización de políticas y acciones a través de la creación de comisiones, direcciones, divisiones que desarrollaron planes, programas y proyectos nacionales de salud sexual y reproductiva, muchos de los cuales han estado acompañados de reformas legislativas en países de los cinco continentes. Estos programas incluyen componentes de promoción, prevención, atención y rehabilitación, la mayoría abarca áreas tales como: ejercicio de la sexualidad, planificación familiar, salud de la mujer, materno perinatal o materno-infantil, infertilidad, aborto y sus complicaciones, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, cáncer ginecológico y prácticas que afectan la Salud Sexual Reproductiva (SSR) otras áreas que se incluyen son: salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, violencia intra- familiar y sexual, salud masculina, afecciones del adulto mayor, cuidados infantiles y nutrición.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994) se incluyen marcos conceptuales que asocian la salud de las mujeres y niños con la equidad de los géneros. En esta conferencia se planteó el papel y las responsabilidades del hombre en la salud sexual y reproductiva de la mujer como tema prioritario.

En América Latina, México fue el primer país que creó en 1995 un Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000) articulado al Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Países como Brasil, Panamá, Perú, Costa Rica, Bolivia, han desarrollado iniciativas similares a través de planes y programas nacionales. Otros han desarrollado avances en áreas de atención como: salud de adolescentes, Educación Sexual, o en la atención a problemas como atención de la mujer, salud materno-infantil, atención del aborto y sus complicaciones, proyectos y leyes específicas, entre los que se encuentran Cuba, Chile, Argentina, Ecuador, Colombia, etc.

6.1.2. El desarrollo de los avances en salud sexual y reproductiva en el contexto nacional

Se ha transitado un largo proceso, para posicionar el enfoque de Salud Sexual y Reproductiva que se inició con la atención focalizada en el binomio madre-hijo a cargo de la División de Higiene Materno Infantil, creada en 1938 por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Desde 1962, se desarrollaron las primeras acciones en la Planificación Familiar, siendo los pioneros de estas actividades "Hospital José María Vargas" del IVSS - La Guaira, y la "Maternidad Concepción Palacios"- Caracas, de la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal en 1963.

En 1965 el MSAS creó la División de Población la cual organiza un Servicio Experimental de Planificación Familiar en la Unidad Sanitaria de Catia – Caracas, Distrito Federal.

El III Congreso de Salud Pública reunido en Caracas en marzo de 1966 fue determinante en el avance de este proceso, al establecer en su Recomendación N° 6 "*...frente a la demanda de consejos y servicios ante los problemas médico sociales de la fecundidad, los Servicios Oficiales de Salud deben estar en capacidad de ofrecer tales ayudas y los medios prácticos de aplicación a las personas que espontáneamente lo soliciten...*". La aceptación de esta recomendación determinó el carácter oficial de los servicios de Planificación Familiar ya existentes, y el establecimiento de consultas en diferentes ciudades del interior de país.

En Agosto de 1966 se fundó la Asociación Venezolana de Planificación Familiar (AVPF) la cual se encargó de crear Clínicas de Planificación Familiar para proporcionar Información y Educación al público en general y a usuarias potenciales en particular, así como la asistencia a las personas solicitantes en lo referente a uso y aplicación de métodos anticonceptivos y cooperación con otros programas sanitarios como el control de cáncer cervico-uterino. La AVPF logra establecer 223 clínicas, 118 en establecimientos del MSAS y 5 en establecimientos del IVSS.

En ese mismo año se creó el primer Centro de Orientación Familiar (COF), en la Maternidad Concepción Palacios, desde los cuales se desarrolló un importante y vanguardista programa de salud reproductiva en salud pública, incorporando atención integral a la embarazada y su familia, autocuidado, preparación psicoprofiláctica y educación sexual. Esta iniciativa se extendió a dos centros similares el Hospital Materno Infantil del Este y el Instituto Nacional de Puericultura.

El año 1974 fue el Año Mundial de Población y el gobierno asumiendo compromisos desarrolló importantes iniciativas en materia de Planificación Familiar. Se crea la Oficina de Coordinación del Programa de Planificación Familiar (OCPPF) adscrita al Despacho del Ministro y le otorga carácter normativo a las actividades del programa. Por decreto presidencial se crearon

también los módulos de servicios múltiples del MSAS, incorporando las consultas de Planificación Familiar.

En 1975, el tema de la planificación familiar se incluyó en el V Plan De la Nación, estableciendo metas de cobertura de atención y constituyendo un punto de partida para una política de población. Según este mandato, la rectoría es asumida por el MSAS y ampliándose a programas preventivos de carácter obligatorio en el sistema de salud. La AVPF entregó al MSAS las 223 clínicas, que venía operando. La Oficina se dedicó a reorganizar los servicios recibidos, aumentar la cobertura, prevención y realizar la coordinación interinstitucional otros organismos.

En 1977 se inician en el Aula Magna de la UCV, las Jornadas de Educación Sexual, las que se desarrollaron anualmente, con pocas interrupciones hasta 1995.

A partir de los avances jurídicos y sociales alcanzados a pulso a través de la lucha del movimiento de mujeres por sus derechos, desde la década de los 80 se avanzó en un proceso lento de cambios sociales e institucionales que favorecieron el desarrollo de organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales para atender temas de salud de la mujer. Posteriormente, estos temas se amplían y se inicia el desarrollo del enfoque de "Salud Reproductiva", todavía enfocado como Planificación Familiar.

En 1984, en el marco del Programa Regional de Educación en Población de la UNESCO, se ejecutó un programa nacional de educación sexual, educación familiar y educación para la vida, en la modalidad no formal.

En este mismo año, por resolución ministerial se creó la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida. En 1985 el Ministerio de la Juventud instituyó el Pro-grama de Educación Sexual y Planificación Familiar, con el propósito de desarrollar acciones de educación a la comunidad y a profesionales no médicos involucrados en aspectos de la salud en el nivel de prevención primaria. A través del Servicio Autónomo de Niño y la Familia (SENIFA), este ministerio continuó el desarrollo de programas de educación sexual y orientación al adolescente, así como uno de los programas dirigidos a la familia de mayor impacto a nivel nacional, como lo es el Programa de Multihogares y Hogares de Cuidado Diario. Los COF's también pasaron a depender de esta instancia.

En los 90, las demandas por cambios en estos temas se profundizaron con el desarrollo ascendente de los movimientos sociales, de consuno con los compromisos adquiridos por el país en diversos acuerdos internacionales y las transformaciones en las instituciones del área social para incorporar políticas y acciones en temas de género y salud reproductiva, y aún así prevaleció el enfoque materno-infantil.

En 1990 se fundó la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA (MSAS), incorporando la atención a otros grupos poblacionales, en los que se desarrollan actividades de información y capacitación en los sectores de salud y educación de la población en general. En 1999 por decreto ministerial se creó el Programa Nacional de ITS-SIDA adscrito al MSDS.

En 1992 el entonces Ministerio de la Familia, creó la Comisión Nacional para la Lactancia Materna (CONALAMA) y la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz (CONAPEP). Esta última constituyó una importante iniciativa dirigida partiendo de la prevención del embarazo en adolescentes. La Secretaría Ejecutiva de esta comisión construyó 22 Comisiones estatales y formuló 2 planes nacionales en 1995 y 1999, el último se concertó ampliamente se orientó a la atención en salud sexual reproductiva y derechos de adolescentes.

En los primeros años de la década, bajo la coordinación del antiguo Consejo Nacional de la Mujer, la Comisión Mujer y Salud (1994) promovió la discusión de estos temas para articular una posición de país ante las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing.

En este mismo año se publicaron las Normas de Atención Materna y Planificación Familiar de la división del mismo nombre de la Dirección Materno Infantil del MSAS. En 1995 se creó la División de Atención a la Madre Niño y Adolescente (DAMNA) En ese mismo año se transformó en Dirección con dos Divisiones: Atención al Niño y Adolescente y "Salud Reproductiva". De esta manera el área queda institucionalizada, pero debido a obstáculos políticoideológicos no se asumen los temas de salud sexual y se mantiene el énfasis en lo reproductivo y en el binomio madre-hijo. Como ya se explicó, en 1997, la División de Salud Reproductiva, inicia una revisión de los instrumentos normativos produciéndose un documento la cual se denominó Norma

Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. El mismo fue oficializado en 1998.

Sin embargo, el segundo período de la década se caracterizó por un retroceso a nivel oficial expresado en posiciones muy conservadoras de altos funcionarios gubernamentales, el incumplimiento de los acuerdos suscritos y la falta de continuidad con las avances en marcha, y es el movimiento popular, de mujeres, las organizaciones de infancia, de base y comunitarias, quienes mantienen los temas en la agenda pública. Así es como a finales de esta década, cuando se logran importantes reformas jurídicas tales como la LOPNA y la Ley sobre la Violencia contra la mujer y La Familia, la cual se discutía desde 1992.

En 1995 se establece la Red de Población y Desarrollo Sustentable (REDPOB) que integró varias organizaciones relacionadas con el área de la salud sexual y reproductiva. Otras organizaciones se mantienen en la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Mujeres (CONGM) o en la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Atención al Niño (CONGANI), dependiendo de su área de acción.

Con el proceso de cambios que se inicia desde 1999, estos temas vuelven a la palestra pública y el Estado retoma los compromisos adquiridos rectificando las políticas, tanto a nivel nacional e internacional. Se fortalecen las debilitadas instancias gubernamentales dedicadas a la SSR, se asumen nuevos compromisos con los programas de acción de Cairo y Beijing. De este modo, se establecen las condiciones políticas favorables para la discusión abierta y democrática de estos temas con una amplia consulta y participación nacional. El movimiento popular, de mujeres, las organizaciones de infancia, las universidades, y las organizaciones no gubernamentales conjuntamente con las representaciones gubernamentales y la Comisión de Asuntos Sociales, Familia, Mujer y Juventud de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), desempeñaron un papel fundamental, en el proceso constituyente para consensuar, elaborar e incluir el articulado relativo a Derechos Sexuales y Reproductivos y el enfoque de género, incluyendo redacción en este lenguaje, en la Constitución de 1999.

También en 1999 se establece la Red de Prevención y Atención del Abuso Sexual Infantil y Juvenil, la cual articula instancias gubernamentales y no gubernamentales para visualizar y enfrentar este importante problema.

En mayo de 2000 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con un nuevo paradigma en el abordaje de la salud, fundamentado en la atención integral, con enfoque de género y en el marco de los derechos sexuales y reproductivos refrendados en la Constitución de 1999. Sin embargo, en un principio no se revisaron los instrumentos normativos por cuanto a los fines de la estructuración del programa, los documentos anteriores podían continuar vigentes, en tanto ya en estos se diseñaron sobre una perspectiva integradora de salud reproductiva.

Posteriormente, con la cooperación de OPS, se inicia un proceso de revisión y actualización de los instrumentos normativos de la Atención Integral a Adolescentes, con participación de instancias regionales, universidades nacionales, Sociedad de Pediatría y Puericultura Capítulo de Adolescentes, el MECD, el CNDNA y el PNSSR. Luego de un prolongado proceso de distintas revisiones y validaciones, en julio del 2003 se publicaron los documentos normativos del **Programa Nacional de Promoción de Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes**, titulados: *Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de las y los Adolescentes de Venezuela* y el *Reglamento Técnico-Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de las y los Adolescentes de Venezuela*. En el marco de la atención integral, estos instrumentos incorporan la salud sexual reproductiva como un componente fundamental, incluyendo información, educación, servicios confiables y de calidad, así como el acceso a anticonceptivos. Al tiempo se promueve el desarrollo de autonomía para un ejercicio sexual y maternidad/paternidad voluntaria, sana, responsable y sin riesgos.

Con la formulación del Plan Estratégico Social, en el 2001, se inicia la aplicación del enfoque de género y violencia intrafamiliar y sexual en las políticas de salud que tiene como consecuencia la inclusión de este eje transversal. Paralelamente, se inicia el diseño del **Proyecto de Desarrollo de Autonomía del Salud Sexual Y Reproductiva**. Este proceso implica una revisión de las bases programáticas del PNSSR, con miras a profundizar la transectorialidad e integralidad, - a lo interno de esta institución-, a fin de potenciar el impacto de las intervenciones, respondiendo a las necesidades en este ámbito, es decir los derechos sexuales y reproductivos. Es en este contexto que se plantea el fortalecimiento del área, la institucionalización del programa y la revisión de los instrumentos normativos para impulsar el cambio paradigmático e implementar operativamente el enfoque transversal de género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales, incorporando la atención del hombre, de la SSR en la infancia y adolescencia y fortaleciendo los temas de salud sexual y derechos.

6.2. CONCEPCIÓN TRADICIONAL DE LA SEXUALIDAD

Y SU EXPRESIÓN EN LAS RESPUESTAS DE ATENCIÓN

6.2.1. Enfoque Materno-Infantil y la Salud Sexual y Reproductiva

El Modelo Médico tradicional, -como paradigma dominante de conocimiento de los procesos de salud–enfermedad-, ha incorporado las concepciones del patriarcado para abordar la sexualidad y la reproducción. No puede ser de otra manera dado que la medicina es un conocimiento y una práctica social que se desarrolla en un contexto social e histórico y es expresión de las construcciones sociales.

De allí proviene el *enfoque materno infantil* en la salud pública. El mismo implica un abordaje integrado del binomio madre-hijo, focalizado en los procesos de embarazo, parto, puerperio y el crecimiento y desarrollo del producto: el hijo e hija. Los aspectos referidos a la sexualidad están incorporados en la planificación familiar y están dirigidos al control voluntario de la fecundidad.

La óptica médica tradicional, en los temas relativos a la sexualidad y la reproducción está centrada en la mujer y en la maternidad, excluyendo al hombre e identificando la sexualidad femenina con el proceso reproductivo, sus enfermedades y complicaciones. Omitiendo en el análisis lo referente a la sexualidad, la dimensión erótico-afectiva y los factores psicosociales. Se reproduce así una visión fragmentadora del cuerpo y la salud que prevalece aún en la práctica médica.

El abordaje materno-infantil en sus inicios significó un avance de gran repercusión social que permitió incrementar al acceso a las mujeres y las niñas a los servicios de salud y salvar innumerables vidas.

6.2.2. De programas verticales a servicios integrales

De allí que desde hace más de una década, los países del mundo vienen avanzando en reformas jurídicas e institucionales a fin de ampliar las acciones de atención a los urgentes problemas. Bajo esta óptica, también se articularon las respuestas institucionales de la atención en salud en programas verticales independientes enfocados en las enfermedades, de corte asistencialista, tales como: de materno infantil y planificación familiar, de infecciones de transmisión sexual, del VIH-SIDA y por otro, lo relativo a cáncer y otras enfermedades.

El problema de estas respuestas fue la ineficacia en el impacto social vista la multiplicación de esfuerzos y dispersión de recursos, ocasionando desequilibrios en costos-beneficios. Otra parte del problema radica en la dificultad de enfrentar lo determinantes estructurales, debido a su naturaleza socioeconómica y los componentes psicosociales asociada a los mismos, los cuales difícilmente son tocados desde la lógica de la enfermedad.

Se inicia así, la implementación de programas de salud reproductiva que intentaban articular respuestas integradoras y trascender la lógica maternoinfantil. Con el desarrollo de la perspectiva de género, el avance del enfoque derechos, de salud sexual reproductiva y la ciudadanía de niños, niñas y adolescentes, prontamente tanto los programas verticales como las iniciativas en SR también resultaron reduccionistas, anacrónicos y excluyentes del hombre de estos procesos, así como negador de la dimensión erótico-afectiva de la salud sexual. De este modo, se amplió al abordaje a los temas de salud sexual, relevando su importancia para el bienestar bio-psicosocial y su independencia respecto a la reproducción.

Pero, el gran reto de los innovadores programas de salud sexual y reproductiva fue por un lado derribar las barreras ideológicas que obstaculizaron los cambios jurídicos e institucionales, y por otro, instaurar fórmulas integradoras e intra-intersectoriales que garantizaran acciones y servicios integrales. Es decir, luego de superar complejos escenarios, los programas de salud reproductiva, enfrentaron dificultades para desarrollar las reformas institucionales que construyeran la integralidad en las diferentes áreas de atención. Las causas se encuentran en la persistencia de enfoques tradicionales en salud pública, los que siguen una tendencia verticalista, asistencialista y fragmentadora de la misma, generando resistencia al cambio. Tal resistencia incidió en que algunas iniciativas no se sostuvieron en el tiempo. El problema central radicó en la dificultad de acompañar el cambio de paradigma con una transformación en el modo de gestión, lo cual no siempre puede desarrollarse al margen de una reforma institucional global.

De allí, que el desafío para garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva trasciende la creación de una instancia o programa. Se trata de realizar transformaciones sociales e institucionales que sirvan de base para desarrollar abordajes integrales y transectoriales, tanto a lo interno del sector salud como en otros sectores importantes como educación y área social, es decir incorporando a la sociedad y comunidad. De allí, que las nuevas propuestas estén centradas en la integración programática de las áreas a través de un abordaje por ciclo vital: salud preconcepcional, salud materna perinatal, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de adolescentes, ITS-VIH/SIDA, cáncer ginecológico y de próstata, violencia doméstica y sexual, entre otras, incorporando componentes de información, educación y comunicación, participación comunitaria y estrategias de redes sociales.

6.2.3. Limitaciones en las respuestas institucionales a considerar para la identificación del déficit de atención

En el pensamiento estratégico que el PES plantea, considera que las ofertas de los servicios desconocen las necesidades de la población. Para solventar esta contradicción establece como prioritario el diagnóstico de las necesidades para así, la reducir las brechas de inequidad entre la demanda que la satisfacción de las mismas exige y los derechos vulnerados. Así mismo requiere la identificación del déficit de atención entre la demanda y estas ofertas. Todo lo cual impone una reorientación de las mismas para la atención de las necesidades como derechos a través de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

La atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela, ha acumulado importantes déficit expresado en brechas de inequidad por territorios y clases sociales, y en consecuencia, los ciudadanos y ciudadanas se han visto limitados para el desarrollo autónomo de la propia sexualidad y procreación.

Esto ha repercutido en obstáculos de diversa índole que han vulnerado los derechos sexuales y reproductivos durante el ciclo vital y en espacios concretos de vida.

Desde esta perspectiva, es posible identificar una serie de limitaciones que expresan insuficiencias o deficiencias en las respuestas sociales e institucionales para la atención de las necesidades y problemas prioritarios presentes en cada una de las etapas del ciclo de vida en materia de SSR.

a.- A nivel de Políticas Públicas

- Ausencia de políticas públicas de SSR anteriores a la presente y desconocimiento de la actual.
- Ausencia de políticas públicas de población y de familia que orienten la referida a SSR.
- Desconocimiento de los instrumentos de políticas tales como: *Plan de Desarrollo Económico Social de la Nación 2001-2007*, el *Plan Estratégico Social* (MSDS, 2001) y el *Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud*, y en consecuencia, ignorancia de la política social vigente.
- Escasa divulgación y difusión comunicacional del marco jurídico, políticas y acciones en SSR.
- Desconocimiento del marco conceptual y el enfoque de SSR, así como de su importancia para la planificación en temas de desarrollo humano y social, a nivel de las instancias directivas y de toma de decisiones.
- Debilidades en aplicación de las perspectivas de género, etnias-pueblos indígenas, territorios-clases sociales y ciclo de vida en las políticas, acciones y servicios de SSR.
- Predominio del enfoque materno-infantil, y en consecuencia, énfasis en el binomio madre-hijo y en la reproducción.
- Predominio de un abordaje biologicista de la sexualidad y una práctica de corte asistencialista en el ámbito de SSR, que obstaculiza la organización del modo de atención para adecuarse a los factores contextuales que generan necesidades diferenciales en la población de los territorios y clases sociales.
- Instrumentos de políticas organizacionales insuficientes para orientar los cambios requeridos en las instituciones públicas.
- Debilitamiento de la función rectora y supervisora del MSDS.
- Ausencia de una plataforma programática integrada y coherente de los programas involucrados en la atención en SSR.

b.- A nivel de servicios de salud sexual y salud reproductiva

- Respuestas fragmentadas y dispersas a nivel institucional y en territorios sociales.
- Insuficiencia de servicios para la atención integral de la SSR para la atención de la demanda según las necesidades de la población según enfoques transversales
- Limitada integración de los servicios generales de atención social y sanitaria con los de SSR, y a lo interno entre las áreas de atención.

- Dispersión de las actividades y recursos en los insuficientes servicios de SSR.
- Escasos avances en integralidad de la atención en SSR y distorsiones en la implementación del Modelo de Atención Integral.
- Insuficiencia en el desarrollo, aplicación y monitoreo de instrumentos normativos y procedimientos de atención de la SSR.
- Baja cobertura, calidad / calidez y accesibilidad de los servicios de SSR, desde una perspectiva de integralidad, promocional y transectorial, para la atención de las necesidades específicas de cada grupo de edad, género territorio y clase social, con énfasis en la atención primaria.
- Deficiencias en la calidad de la atención al embarazo, parto y puerperio, con debilidades de aplicación de protocolos y normas en las redes de atención
- Insuficiente incorporación y cobertura de la orientación y consejería en SSR.
- Insuficiente cobertura y calidad de los servicios y acciones de prevención de cáncer de cuello uterino, mamas y próstata, ITS-VIH/SIDA.
- Incumplimiento de los principios de interés superior y prioridad absoluta en la atención de los niños, niñas y adolescentes
- Ausencia de servicios integrales, específicos diferenciados, accesibles y confiables para los niños, niñas y adolescentes.
- Insuficiencia de ambientes físicos y dotación adecuados, para las acciones y servicios de SSR, -de calidad y con calidez- en las redes de atención.
- Debilidades para la distribución oportuna, suficiente y regular de la dotación de equipos, insumos y medicamentos, en atención a la demanda según las necesidades de la población según enfoques transversales.
- Ausencia de instrumentos normativos específicos para la logística de anticonceptivos.

c.- Educación, información y comunicación

- Insuficientes iniciativas y acciones de información y comunicación disponible sobre SSR, con enfoque de género y derechos sexuales reproductivos.
- Predominio de creencias y prejuicios sobre los temas y problemas prioritarios de SSR.
- Educación sexual deficiente debido a contenidos insuficientes y falta de capacitación del personal docente en los niveles y modalidades educativas.
- Ausencia de contenidos de SSR en los programas educativos de Educación Media, Diversificada y Profesional.
- Escasa divulgación y difusión del marco jurídico y político vigente.

d.- Derechos

- Ausencia de cultura de derechos sexuales y reproductivos en la población, pero con particular relevancia en los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.
- Insuficientes disposiciones sobre SSR en los instrumentos jurídicos vigentes y en discusión.
- Desactualización y anacronismo del Código Penal, así como ausencia de otros instrumentos jurídicos para sancionar los delitos sexuales, regular la inte

rupción terapéutica de los embarazos y la no criminalización de las mujeres que requieren intervenciones quirúrgicas para la atención de los casos especiales de embarazos por: violación, incesto, malformaciones y alteraciones del desarrollo intrauterino y genéticas, riesgos de salud física o trastornos de salud mental.

- Ausencia de un instrumento jurídico que oriente las acciones para la igualdad y equidad de género,
- Debilidades para la difusión y aplicación de garantías de los derechos en SSR.

e.- En el Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica.

- Implantación incompleta del sistema único de información SISMAI
- Insuficiente y desactualizada información disponible de gestión en salud e indicadores de SSR.
- Debilidades en los instrumentos del sistema de información vigente de SSR,
- Debilidades en el sistema de vigilancia epidemiológica vigente de los problemas prioritarios de SSR, que permitan evaluar tendencias y su impacto diferencial por grupos sociales, género, etnia, entre otros.

f.- En protección social

- Insuficientes lineamientos de SSR y de protección a las familias en fragilidad social en los instrumentos de políticas de desarrollo social.
- Escasos mecanismos de protección social asociados o referidos a los problemas prioritarios de SSR.
- Inadecuados mecanismos de detección, atención a las víctimas y el seguimiento de casos de violencia doméstica, intrafamiliar y sexual, asociado al desconocimiento de esta problemática y debilidades en las estrategias de articulación de redes institucionales, sociales y comunitarias.
- Debilidades en los mecanismos y estrategias para atender las problemáticas en SSR en poblaciones en situaciones difíciles o de riesgo o exclusión social: indigentes, adolescentes de la calle, pacientes psiquiátricos institucionalizados, adictos, población reclusa, niños, niñas y adolescentes en riesgo social, con derechos vulnerados y transgresores, instituciones para la atención de adultos/as mayores.

VII. CONSTRUYENDO EL PROYECTO DE AUTONOMÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7.1. AVANZANDO HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La institucionalización del área a través de revisión de los instrumentos normativos del 2000 y la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva significó un importante avance. No obstante, las dificultades para construir articulaciones intra e intersectoriales y la persistencia del pensamiento materno-infantil, en el marco de escenarios sociales e institucionales complejos, han dificultado el desarrollo de los cambios a nivel regional en la red de servicios de salud.

Como ya se explicó uno de los grandes obstáculos para el avance es la lógica tradicional de funcionamiento de los programas verticales independientes. Esta lógica está arraigada en la atención de los problemas y no sus causas, de acuerdo a la administración de los recursos disponibles. Así, las ofertas se basan en lo disponible, y no en lo necesario para responder a las necesidades y garantizar los derechos vulnerados de los ciudadanos y ciudadanas. Tampoco consideran las otras instancias que desarrollan competencias en la misma área, y a menudo compiten en lugar de aunar esfuerzos. Debido a esto, los progresos institucionales y en los instrumentos normativos alcanzados en el 2000, -pasando por alto que los mismos no fueron publicados en su oportunidad- no lograron traducirse en cambios en los servicios.

Por ello, construir una base jurídica y organizacional que sea la plataforma rectora del área exige una nueva revisión de los instrumentos normativos que transforme el modo de gestión y en consecuencia la prestación de servicios. Esta transformación avanza hacia el **Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva**, para lo cual el primer paso es la institucionalización del Programa, en el marco del PES y el enfoque del SSR. Esto ha permitido asegurar el desarrollo de los procesos requeridos para avanzar afianzando los progresos alcanzados. Así, en el ámbito de Salud Sexual y Reproductiva se plantea la cooperación e integración progresiva de las instancias involucradas –respetando la especificidad de cada una- para asegurar una acción de conjunto coherente y plataforma de servicios integrales.

Este importante paso requiere ser entendido como un punto de partida para el fortalecimiento del área y la construcción del Proyecto de Autonomía, el cual es parte de un proceso de reorganización del modo de gestión y prestación de servicios de acuerdo al proceso de transformación y modernización del Sistema Público Nacional De Salud. Se trata de impulsar este cambio partiendo del **Ámbito de Salud Sexual y Reproductiva** desde una visión transectorial. Con ello se pretende generar las condiciones para asegurarlos progresos en la garantía de estos derechos y al mismo tiempo, construir el cambio del modelo de gestión.

7.2. ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO ENFOQUE INTEGRADOR DE

PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La atención en salud en general, y en específico en lo concerniente a salud sexual y reproductiva implica un abordaje integral a través de acciones transectoriales de promoción de la calidad de vida y salud que incluyan información, educación, comunicación, asesoramiento y consejería, así como servicios de salud preconcepcional, planificación familiar, atención prenatal, parto, puerperio y sus complicaciones; así como también: infertilidad, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, cáncer cérvico-uterino, mama y próstata, eliminación de prácticas de riesgo que afectan la SSR y la violencia intrafamiliar y sexual. Incorporando lo relativo a Educación Sexual, tanto en el sistema educativo –formal y no formal- como en el de salud.

Los programas de salud sexual y reproductiva se han dirigidos principalmente a las mujeres, pese al creciente interés por parte de los hombres para mejorar su propia salud, la de sus parejas y familias. Promover la participación de los hombres en los servicios y acciones de salud sexual y reproductiva implica un cambio de paradigma que pasa por la transversalización del enfoque de género para atender las necesidades específicas de éstos. Los hombres tienen necesidades propias en materia de SSR que frecuentemente no son atendidas. Ellos también requieren de información y servicios en: planificación familiar incluyendo tecnologías anticonceptivas y esterilización quirúrgica, asesoramiento y orientación en salud sexual, participar en la atención integral del embarazo, parto, postparto y en la crianza de los y las hijas; la prevención de ITS/VIH/SIDA; urología; atención de la infertilidad; detección y atención del cáncer y patologías prostáticas; prevención, atención y rehabilitación de violencia doméstica, intrafamiliar y sexual, entre otras.

Por otra parte, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, reconoce el carácter multiétnico y pluricultural de la sociedad venezolana, en una visión que busca honrar la deuda histórica con los habitantes originarios. Las necesidades de SSR de los pueblos indígenas son complejas y variables, por lo tanto las políticas, servicios y acciones deben tomar en cuenta las diferencias culturales de los pueblos, sus lenguas y tradiciones. Este enfoque permite hacer visible la riqueza de conocimientos que poseen los pueblos indígenas con respecto a la salud humana, es entender que el acceso a los servicios, la experiencia y las necesidades con relación al cuerpo y la salud son diferenciados por el contexto sociocultural particular y el pueblo indígena.

De este modo, los servicios de SSR deben incluir una oferta de respuestas y actividades que aborden a los usuario/as de manera integral a nivel individual, familiar y comunitario, desarrolladas en el contexto redes sociales y de salud articuladas. Esto implica atender sus necesidades específicas a lo largo del ciclo vital, de acuerdo la transversalización del enfoque de género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales, con el propósito de promover el desarrollo de autonomía y el empoderamiento mediante la participación protagónica y el control social, como expresión del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos .

Se trata de asegurar el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones libres, responsables e informadas respecto a un ejercicio sexual sano, placentero, responsable y sin riesgos, así como para una maternidad y paternidad voluntaria y crianza de los hijos con enfoque de género y humanizado.

Estos aspectos refieren la importancia de avanzar hacia una cultura de ciudadanía que genere la apropiación de los derechos sexuales reproductivos como derechos humanos fundamentales. Esto conlleva la promoción y defensa de los mismos como parte de esta y asegura el acceso a servicios confiables, confidenciales, cálidos y de calidad, como base del desarrollo humano y social.

7.3. CONCEPTOS BÁSICOS DEL PROYECTO DE DESARROLLO DE AUTONOMÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Universalidad y equidad en derechos sexuales y reproductivos

Universalidad:

El principio de universalidad del derecho a la salud es la garantía del acceso universal a las acciones, servicios y recursos en salud sexual y reproductiva, en todos los servicios de las redes de atención del Sistema Público Nacional de Salud, sin discriminación, prerequisites o privilegios de ninguna especie, y sin barreras que puedan impedirlo, como expresión de la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva.

Equidad:

El principio de equidad significa igualdad de oportunidades para todos y todas, observando la máxima de responder a cada uno según sus necesidades. La Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva se orientará por el principio de respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas y colectividades, con equidad vertical generando diferentes respuestas para diferentes necesidades, según su magnitud, y con equidad horizontal, construyendo iguales respuestas para iguales necesidades.

La equidad debe asegurar condiciones de calidad de vida y salud, en el acceso a las políticas, servicios y acciones, así como en la asignación de recursos financieros y técnicos necesarios para el óptimo funcionamiento de los mismos.

Estos principios constituyen las bases para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva

Son todos aquellos aspectos de orden social, indispensables para alcanzar un pleno desarrollo de la sexualidad, sus funciones y manifestaciones, necesarios para garantizar la salud integral y la calidad de vida. Implica garantizar los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos de manera integral, universal, permanente, suficiente y equitativa. El principio de universalidad con equidad involucra asegurar los derechos de todas y todos, considerando las diferencias de género, etapa del ciclo vital, territorios, clase social y pueblos indígenas.

Las necesidades de salud sexual y reproductiva abarcan: la educación sexual, información, comunicación y servicios integrales para promover la capacidad libre, consciente y responsable de decidir sobre la sexualidad y la procreación de manera voluntaria y sin riesgos.

Las respuestas institucionales han permitido la acumulación de brechas de inequidad y déficits en la atención en SSR, expresados en: la exclusión del hombre y las/los adolescentes y del adulto mayor de los servicios. Estos vacíos de atención, han limitado el ejercicio pleno de los derechos de calidad de vida, salud individual y colectiva y específicamente del desarrollo de la sexualidad, sus funciones y manifestaciones.

Diagnóstico de las necesidades de salud sexual y reproductiva

La representación de las necesidades implica la evaluación de las respuestas institucionales, redefinirlas sobre la base de la demanda, reorientar las metas y medir los resultados de acuerdo a los lineamientos propuestos. La definición de las necesidades ha de ser concertada con los diferentes grupos poblacionales, familias y otros actores sociales. De este modo, se busca conocer las necesidades de salud sexual y reproductiva, satisfechas o no, su matriz de causalidades, y sus expresiones diferentes en territorios, grupos de edad, pueblos indígenas y género, potenciando sus soluciones.

Para el diagnóstico y representación de las necesidades de salud sexual y reproductiva, se requiere interpelar y problematizar la realidad, de manera que se pueda:

- a. Identificar las necesidades de SSR, en términos de derechos sexuales y reproductivos vulnerados, considerando su expresión social en problemas identificados en base a evidencias en los territorios y clases sociales, así como la explicación de sus causalidades complejas en las diferentes áreas de atención;
- b. Evaluar las respuestas institucionales en relación a los determinantes claves de los problemas;
- c. Establecer las brechas de inequidades entre las necesidades no satisfechas y los derechos vulnerados;
- d. Identificar el déficit de atención entre las necesidades y derechos que deben garantizarse y las ofertas de

atención;

e. Reorientar las ofertas de atención , articulando las respuestas de las redes sociales y de atención presentes en el territorio social, para garantizar la satisfacción de las necesidades y los derechos sexuales y reproductivos;

f. Garantizar la participación social en los procesos de planificación ejecución, evaluación y control de las nuevas estructuras de respuestas institucionales;

g. Evaluar y reflexionar permanentemente sobre el trabajo realizado;

h. Desarrollar acercamientos sucesivos y constantes, para representar y transformar la realidad, a fin de potenciar el desarrollo permanente de todos los grupos poblacionales

Transectorialidad

Para satisfacer estas necesidades y garantizar los derechos sexuales reproductivos, se requiere de las competencias de diferentes instancias, sectores, e instituciones públicas y sociales, en intervenciones integrales.

La transectorialidad se refiere al esfuerzo colectivo por responder a las necesidades sociales de salud sexual y reproductiva a través de respuestas articuladas y coordinadas orientadas por una visión compartida de la política pública.

Redes sociales y de atención de la salud sexual y reproductiva:

Para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva se requiere construir redes sociales, las cuales son estructuras de respuesta regular, suficiente, oportuna, para garantizar estas necesidades a los diferentes grupos poblacionales, de manera universal y equitativa.

El Sistema Público Nacional de Salud establece las redes de atención como estructuras de respuestas regulares. Con estos instrumentos normativos se pretende conectar las áreas de atención estatuidas en el reglamento técnico-administrativo con las mencionadas redes que incluyen los niveles de complejidad.

Las redes de atención son:

- Red de Atención Primaria
- Red de Especialidades Ambulatorias
- Red de Emergencias
- Red de Hospitalizaciones
- Red de Rehabilitación, Prótesis y Órtesis
- Red Complementaria de Medicamentos
- Red Complementaria de Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria

Las redes sociales están constituidas por las instituciones públicas, las organizaciones de la sociedad, de bases comunitarias y no gubernamentales de las áreas de educación, cultura, deportes, ambiente, trabajo, protección social, de carácter legal, que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades y derechos en salud sexual y reproductiva.

El nuevo modo de gestión en SSR esta enmarcada en la estrategia promocional de calidad de vida, que enfatiza en la construcción de agendas sociales, transectoriales y con enfoque de redes en base a necesidades individuales y colectivas de las/ los ciudadanos. Las modificaciones del modo de atención de la salud sexual y reproductiva, estarán orientadas a la construcción de redes sociales de soporte, buscando optimizar las respuestas a las necesidades planteadas por usuarios y usuarias.

Transversalidad de enfoques:

Género:

Género es una construcción social e histórica cambiante de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino que se articula con las características socioeconómicas, étnicas, de etapas del ciclo vital a través de la escuela, la familia, los pares y otras instituciones socializadoras. Se transmite a las nuevas generaciones, cada una de las cuales tendrá diferencias en sus

abordajes de lo propio de cada género. Afecta las identidades y condiciones de vida de mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades. Las posiciones de género femenino o masculino van a estar presentes en todos los espacios y a lo largo del ciclo vital, generando necesidades de salud sexual reproductiva y perfiles epidemiológicos diferentes. Estas necesidades se expresan como brechas de género en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos y servicios que les permitan garantizar sus derechos.

La transversalización del enfoque de género, lo femenino y lo masculino, significa incorporar en los análisis, en el diseño de planes y proyectos; y en la ejecución de acciones de promoción de la calidad de vida y la salud, la visibilidad de los efectos que las decisiones tienen para hombres y mujeres, buscando impactar sobre las condiciones de inequidad de acceso a la salud que les expone a patrones epidemiológicos diferenciales de enfermedad y muerte; con efecto en la manera como se relacionan con su salud y en la forma como se responde a sus necesidades.

El enfoque de género va más allá de las relaciones entre hombres y mujeres, vinculándose a las diferencias en condiciones, necesidades, grados de participación, poder para la toma de decisiones, acceso y control sobre los recursos y sus beneficios, a partir de los roles que se le ha asignado a cada uno de los sexos. La socialización de género implica el aprendizaje de las pautas sociales del otro y hace que hombres y mujeres se posicionen en el mundo en lugares diferentes y con historias diferentes. La categoría de género tiene relación directa con la salud sexual y reproductiva.

Etnias y Pueblos indígenas:

Este enfoque se refiere a las etnias en términos de pueblos indígenas: “...está dirigido específicamente a los pueblos indígenas, porque entre las culturas y sociedades que forman parte del rico mosaico multiétnico y pluricultural de Venezuela, son los pueblos indígenas los más diferenciados cultural y antropológicamente...” (MSDS, Julio, 2002)

“Una etnia es un grupo humano diferenciado que habita en un espacio geográfico, con características culturales propias y una historia común. La etnicidad es una construcción de conciencia colectiva, donde un aspecto fundamental es la cosmovisión que es el sistema de creencias ancestrales y religiosas y el otro es el derecho consuetudinario entendido como el conjunto de creencias, normas, reglas y conductas que rige la vida social en las comunidades y las formas de relacionarse entre parientes consanguíneos y por afinidad, entre los miembros de un mismo pueblo y entre éstos y el resto del país

(Enfoque de etnias indígenas de Venezuela, MSDS-GTZ, 2002)

En el área de salud, estas poblaciones poseen una riqueza de conocimientos propios, y este enfoque busca una transformación de las relaciones de poder a favor de la existencia de una diversidad cultural, de relaciones horizontales y de la construcción de conocimientos compartidos.

La pertinencia sociocultural de las políticas en este campo es un elemento fundamental para impactar positivamente en las necesidades de los pueblos indígenas. En este sentido, conocer la Salud Sexual y Reproductiva en los pueblos indígenas implica aproximarse a las diferentes construcciones culturales que existen en estos pueblos sobre la sexualidad, distinguiéndose las creencias y prácticas reproductivas, las creencias y prácticas sexuales, la representación del cuerpo, la construcción del género.

Por tanto, la salud sexual y reproductiva en los pueblos indígenas debe ser promovida con respeto de la cosmovisión y las prácticas tradicionales de cada pueblo. Generándose una visión intercultural de la Salud Sexual y Reproductiva con la participación activa de las y los indígenas en el diseño, ejecución y evaluación de acciones de esta índole, aplicados al contexto donde se desenvuelve la vida cotidiana de los pueblos y comunidades indígenas.

Territorios Sociales:

Son los ámbitos en los que se desarrollan las personas y la vida social, de acuerdo a modos de vida particulares, según necesidades según: género, condiciones socio-económicas o clases sociales, etnias y pueblos indígenas, así como las especificidades socioculturales regionales particulares de los diferentes grupos poblacionales, y relevantes para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

Puede corresponder o no con las categorías de entidad federal, estado, región, ciudad, municipio, etc. Están delimitados por patrones de ocupación de espacios físicos, criterios sociales, económicos y culturales, que configuran espacios de necesidades de acciones de esta índole. De esta manera, el territorio social es un espacio de intervención orientado por la estrategia de calidad de vida y salud.

Clase social

Esta categoría transversal, -complementa a territorios sociales- es entendida como configuraciones de condiciones socioeconómicas, oportunidades y valores relacionados con la sexualidad y la reproducción que determinan estilos de vida y comportamientos sociales en las decisiones relacionadas con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los grupos humanos en sus territorios de producción y reproducción social.

Abordaje de ciclo de vida

Es el tránsito de la vida como un continuo. Propone que el crecimiento y desarrollo humano es el producto de la sucesión de experiencias en el orden biológico, psicológico, cultural y social, en la inseparable secuencia de etapas desde la concepción hasta la muerte,

El ciclo de vida comprende estas etapas: infancia, adolescencia y juventud, adultez y vejez. Cada etapa tiene características, conductas, expectativas sociales específicas para cada ser humano en su pertenencia a un grupo familiar, clase social, etnia o pueblo indígena y género, que condicionan las posibilidades de las siguientes etapas. Por lo tanto, las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstos y/o agravados en etapas anteriores del ciclo vital, con probabilidades de creación de brechas que pueden extenderse inter.-generacionalmente. En consecuencia, los sistemas, prácticas y acciones de salud y desarrollo social, deben planificarse con una visión integral y promocional que permita visualizar, no solo el daño inmediato, sino su impacto a lo largo del ciclo vital.

Este enfoque también evidencia las determinaciones sociales (prohibiciones, estímulos, conductas y expectativas, modos de ser y pensar) que viven los individuos y las colectividades las cuales están condicionadas culturalmente, y que se expresan en forma diferente en cada una de las etapas de la vida. La utilización del concepto de ciclo de vida a ser asumido en la atención integral contribuye a considerar a las personas como sujetos de derechos y potencia en ellas y ellos la autonomía, la identidad, la capacidad de decidir, entre otras como, elementos para mejorar su calidad de vida.

Se busca superar las brechas de inequidad y déficit en la atención en Salud Sexual y Reproductiva, expresados en: la exclusión del hombre y las/los niños, niñas y adolescentes y de los/las adultos (as) mayores de los servicios. Estos vacíos de atención, han limitado el ejercicio pleno de los derechos de calidad de vida y salud individual y colectiva y específicamente del desarrollo de la sexualidad, sus funciones y manifestaciones.

Autonomía y empoderamiento en salud sexual y reproductiva:

La autonomía se define como la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables respecto a la sexualidad y la procreación que aseguren el desarrollo y la salud integral, así como la calidad de vida. Supone la posibilidad de satisfacer plenamente las necesidades de salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital. Durante las diferentes etapas de la vida, el desarrollo de la autonomía, exige la participación consciente y responsable de los distintos actores sociales en la construcción de respuestas de salud y desarrollo social que hagan posible la satisfacción de estas necesidades.

El empoderamiento es la construcción de espacios y capacidades de toma de decisiones a través de la participación social protagónica en todas las actividades concernientes a la planificación, ejecución y evaluación, para garantizar el desarrollo de la autonomía de todos y todas, individual y colectivamente, para el disfrute de un ejercicio sexual, maternidad y paternidad sana, responsable, voluntaria y sin riesgos.

7.4. EL ÁMBITO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El funcionamiento en *Proyectos de Desarrollo de Autonomía* persigue el objetivo fundamental de trascender la lógica tradicional de la atención fragmentada de los problemas en SSR a través de programas verticales independientes, mediante respuestas articuladas en redes sociales y de salud.

En el ámbito de SSR se integran -desde la transectorialidad -, las distintas instancias que desarrollan competencias en las áreas de atención. En la estructura actual, existen varios programas (Programa de Salud del Niño y Adolescente, Programa Nacional de ITS-SIDA, Oncología en lo relativo a prevención de cáncer cérvico uterino, mama y próstata, Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materna Infantil, Comisión Nacional de Lactancia Materna) y redes de atención que prestan atención. Todos forman parte de este ámbito y se articulan para potenciar la cobertura, calidad y calidez de las intervenciones por etapas del ciclo vital en SSR. Pero, también comparte acciones con otros ámbitos (PDA en Causas Externas, PDA Enfermedades Crónico Degenerativas, PDA Salud Mental) e instancias del MSDS. Así la coordinación transectorial es indispensable para asumir el enfoque integrador y consolidar la institucionalización del área.

Esto no significa la eliminación de los programas, en tanto los mismos definen áreas con necesidades y actividades específicas constituidas por el conjunto de normas y procedimientos que orientan las acciones y actividades propias de la prestación de servicios de salud a problemas específicos.

Atender la demanda implica reorganizar las respuestas para satisfacer las necesidades en salud sexual y reproductiva, esto obliga a reorientar el modo de atención sobre la base de la construcción de redes, en las cuales se articulan ofertas de organismos gubernamentales e instancias sociales. El interés fundamental es que a nivel de las redes sociales y de atención la respuesta institucional en la prestación de servicios sea potenciada con una oferta integrada - y orgánicamente estructurada-, de acciones de SSR.

7.5. BASES PARA EL PROYECTO DE AUTONOMÍA

EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

*Desde la perspectiva del Plan Estratégico Social., se define el **Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva (PDASSR)**, como un macro-proyecto o proyecto paraguas orientado a enfrentar el conjunto de problemas que afectan la SSR –problemas como derechos vulnerados-, a lo largo del ciclo vital, y que obstaculiza el desarrollo de la autonomía en esta área, es decir, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.*

7.5.1. Principios

- La salud sexual y reproductiva como parte fundamental del desarrollo humano y social
- La sexualidad como dimensión ínsita de la condición humana. Así, la salud sexual se entiende como aspecto fundamental de la salud integral y la calidad de vida.
- Garantía universal y equitativa de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

- El derecho a una vida sin violencia
- Pertinencia cultural y diversidad lingüística.

7.5.2. Visión

Contribuir al desarrollo humano y social fortaleciendo la salud sexual y reproductiva a través de políticas y acciones integrales, transectoriales y en redes sociales, en el marco de una estrategia de promoción de calidad de vida y salud.

7.5.3. Misión

Desarrollar una política pública de Salud Sexual y Reproductiva, universal y equitativa, que oriente los proyectos, servicios y acciones integrales de servicios y acciones integrales de esta índole dirigidas a todos los grupos poblacionales a lo largo del

ciclo vital, según sus necesidades específicas de género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clase social, a través de las redes sociales, con participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la comunidad, a fin de garantizar la calidad de vida y el desarrollo humano.

7.5.4. Objetivo General

Garantizar la oferta de servicios y acciones integrales y transectoriales de salud sexual y reproductiva, enmarcados en la promoción de la calidad de vida y salud, a fin de contribuir a asegurar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y preservando el desarrollo la autonomía y empoderamiento, mediante la participación social protagónica y la corresponsabilidad en la gestión en salud.

7.5.5. Objetivos Específicos

- Definir lineamientos de políticas, planes, proyectos y metodologías de salud sexual y reproductiva para la aplicación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, de acuerdo a necesidades según ejes transversales (género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales), en los distintos redes sociales y de salud.
- Establecer estrategias de construcción de redes sociales y de salud, incluyendo un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, que potencien las respuestas institucionales para atender las necesidades y para asegurar el acceso a atención específica.
- Desarrollar lineamientos, metodologías y acciones para promover la autonomía y empoderamiento, mediante la participación social protagónica en el diagnóstico de necesidades, así como en el diseño, ejecución y evaluación de las respuestas a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva, según transversalidades, a fin de asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar lineamientos de educación permanente y desarrollo profesional en los temas de salud sexual y reproductiva, dirigidos a los recursos humanos técnico-administrativos, los proveedores de servicios y las usuarias y usuarios.
- Establecer y promover lineamientos de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, con énfasis en los grupos de exclusión escolar y social, a fin de fortalecer los contenidos y estrategias adecuadas y oportunas, que favorezcan el desarrollo de autonomía y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar y promover estrategias de información, educación y comunicación de salud sexual y reproductiva, a fin de contribuir al desarrollo de autonomía y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos
- Desarrollar criterios y directrices para asegurar el acceso universal y equitativo, la calidad, calidez, confidencialidad y privacidad de los servicios y acciones en salud sexual y reproductiva, según necesidades específicas de acuerdo a etapa del ciclo vital y ejes transversales.
- Definir las áreas y prioritizaciones para la investigación, de acuerdo a necesidades específicas según a etapa del ciclo vital, y ejes transversales.
- Formular y evaluar la aplicación de lineamientos y metodologías para la identificación de necesidades y brechas de inequidades de salud sexual y reproductiva, a lo largo del ciclo vital, según ejes transversales.
- Desarrollar lineamientos para la reorientación de ofertas dirigidas a responder al déficit de atención a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva, a lo largo del ciclo vital, según: género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clases sociales.
- Desarrollar metodologías para el monitoreo y evaluación de los procesos, acciones y la calidad de la atención en los servicios, considerando las necesidades específicas según ejes transversales.
- Diseñar lineamientos para el desarrollo de sistemas de información y registro de datos, de acuerdo a los criterios establecidos por el MSDS, en las áreas de atención incorporando datos de sexo, edad, y otros de relevancia.
- Establecer y promover lineamientos para fortalecer la vigilancia epidemiológica de los problemas de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los criterios del MSDS.
- Desarrollar criterios para garantizar la dotación y el sistema logístico de insumos de medicamentos básicos y anticonceptivos, que asegure el suministro adecuado, oportuno, suficiente y regular de los mismos.

7.5.6. Componentes

- Educación Permanente
- Información , Educación y Comunicación
- Fortalecimiento de redes sociales y salud
- Investigación

7.5.7. Estrategias

Promoción de calidad de vida y salud como la gran estrategia paragua

1. Abordaje de ciclo vital y proyectos estratégicos
 2. Desarrollo de autonomía
-
1. Empoderamiento
 2. Transectorialidad/ Redes sociales y de salud
 3. Fortalecimiento de la Atención Primaria
 4. Integralidad
 5. Transversalidad de enfoques de género, etnias,, pueblos indígenas y territorios y clases sociales.
 6. Descentralización, regionalización y municipalización de las acciones

7.5.8. Líneas de Acción

- Organización, monitoreo y evaluación de servicios y acciones de salud sexual y reproductiva específicos para cada etapa del ciclo vital, de acuerdo a necesidades según género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales, garantizando todos los derechos sexuales y reproductivos, sin discriminación alguna.
 - Fortalecimiento de la atención integral, con calidad y calidez a la embarazada, adultas y adolescentes, su pareja y familia, en todo el proceso reproductivo, con énfasis en la atención preconcepcional, prenatal, perinatal, humanización del parto y lactancia materna, incluyendo el aborto terapéutico frente al riesgo de vida de la madre y en casos especiales establecidos en las legislaciones vigentes.
 - Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos para la atención humanizada del proceso reproductivo, incluyendo la atención prenatal, perinatal y el aborto terapéutico en los casos especiales establecidos en las legislaciones vigentes.
 - Asesoramiento y educación de pares en salud sexual reproductiva para favorecer un desarrollo pleno de la sexualidad y la procreación a lo largo del ciclo vital, considerando sus determinantes socioculturales y de género.
 - Fortalecimiento de los servicios y acciones promocionales de la salud sexual, incluyendo información, educación, asesoramiento y comunicación, en anticoncepción y planificación familiar, incluyendo: anticoncepción de emergencia, esterilización quirúrgica para hombres y mujeres, a fin de contribuir a un ejercicio sexual pleno, placentero y sin riesgos.
 - Fortalecimiento de los servicios y acciones de salud sexual y reproductiva específicas para los niños, niñas y adolescentes, para asegurar el desarrollo integral de todos los aspectos relacionados con la sexualidad, la procreación y sus respectivos derechos y asegurando su participación protagónica.
 - Fortalecimiento de los servicios y acciones de salud sexual y reproductiva específicas para las mujeres, incluyendo la atención del climaterio y la menopausia y patologías ginecológicas, para asegurar el desarrollo pleno de la sexualidad y la procreación a lo largo del ciclo vital, considerando sus determinantes socioculturales y favoreciendo la equidad de género.
 - Fortalecimiento de los servicios y acciones de salud sexual y reproductiva específicas para los hombres, incluyendo además, la atención urológica, de las ITS y el VIH-SIDA, de la andropausia y patologías prostáticas, para asegurar el desarrollo pleno de la sexualidad y la procreación, a lo largo del ciclo vital, considerando sus determinantes socioculturales y de género.
-
- Fortalecimiento de los servicios y acciones para la atención de la violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y explotación sexual, para la detección oportuna de la vulnerabilidad, diagnóstico y atención de los casos, incluyendo: apoyo psicosocial, asistencia médica y jurídica, acceso a protección, rehabilitación, tanto de las víctimas como a los victimarios y sus familias, de acuerdo a sus necesidades específicas según ejes transversales.
 - Establecimiento de mecanismos de apoyo a las familias en proceso de fragilización social, considerando en sus variadas configuraciones como espacio de construcción de calidad de vida y salud, en las áreas de atención de salud sexual y reproductiva.

- Fortalecimiento y coordinación de acciones integrales, promocionales y transectoriales de las ITS y el VIH/SIDA, cáncer ginecológico, próstata y violencia doméstica y sexual, dirigidas a todos los grupos de acuerdo a sus necesidades específicas a lo largo del ciclo vital, ejes transversales y vulnerabilidad.
- Dotación de insumos y medicamentos básicos de salud sexual y reproductiva, concertando esfuerzos nacionales y regionales que aseguren el suministro regular, suficiente y oportuno.
- Capacitación como proceso permanente de actualización de recursos humanos, equipos de salud, y comunidades.
- Desarrollo de espacios de articulación, coordinación y reflexión permanente, para el desarrollo de las políticas y en temas relevantes de salud sexual y reproductiva, tanto a lo interno las instituciones (transectorialidad interna) y como entre los sectores involucrados, así como en las universidades, redes sociales y de salud (transectorialidad externa).
- Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación los temas relevantes de salud sexual y reproductiva y sexual. Incluyendo el fortalecimiento de la Educación Sexual, formal y no formal, en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, para garantizar la promoción y apropiación de los derechos sexuales reproductivos, a fin de contribuir a la construcción de una cultura de derechos que garantice el pleno ejercicio de los mismos.
- Fortalecimiento de la investigación académica y operativa como insumo para la definición de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, asegurando la difusión y divulgación de la información disponible.
- Fortalecimiento de los sistemas de información y registro, así como la vigilancia epidemiológica de los problemas relativos a salud sexual y reproductiva, de acuerdo a los lineamientos del MSDS.

7.5.9 Salud Sexual y Reproductiva por etapas del ciclo de vida

La atención integral en salud sexual y reproductiva se organiza para atender diferenciadamente las necesidades específicas de cada etapa del ciclo de vida en los siguientes subproyectos:

- SSR EN LA INFANCIA
- SSR EN LA ADOLESCENCIA
- SSR EN LA ADULTEZ
- SSR EN EL ADULTO/A MAYOR

Cada etapa requiere de intervenciones específicas para la atención de los problemas y necesidades particulares, según enfoques transversales. Así, para orientar la atención de acuerdo a los componentes asistenciales del SSR se definen las **Áreas de Atención**.

7.5.10. Áreas de atención de la salud sexual y reproductiva

I. ATENCIÓN EN SALUD GINECOLÓGICA

II. ATENCIÓN EN SALUD PRECONCEPCIONAL

III. ATENCIÓN EN SALUD PRENATAL Y PERINATAL

IV. ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

V. ATENCIÓN EN SALUD EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

VI. ATENCIÓN EN SALUD UROLÓGICA Y ANDROPAUSIA VII. ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

Para ilustrar cómo se articulan las áreas de atención, los subproyectos de SSR por etapa del ciclo de vida en relación a las redes sociales y de salud para responder a las necesidades específicas se presenta a continuación la matriz del PDA SSR:

7.6. ORIENTACIONES PARA EL DISEÑO DE LOS SUBPROYECTOS

ESTRATÉGICOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD POR ETAPAS DEL CICLO VITAL.

Como meta social de país, la República Bolivariana de Venezuela se compromete a brindar atención integral en SSR a la población, asegurando respuestas permanentes y pertinentes a las necesidades y los problemas que en esta área comprometen la calidad de vida y salud de niños, niñas, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores.

Como imperativo ético del Estado y la sociedad venezolana, en la dimensión de los derechos a la salud, al desarrollo y sexuales reproductivos, el país no debe tolerar:

- **La muerte de niños, niñas y sus madres, por causas prevenibles asociadas a una inadecuada o insuficiente atención al embarazo, parto y posparto.**
- **El embarazo en adolescentes como estrategia de sobrevivencia frente a las inequidades sociales.**
- **La alta morbilidad por ITS-SIDA asociada a conductas sexuales de riesgo.**
- **La alta morbilidad por cáncer cérvico-uterino, mama y próstata por insuficiencia de acciones preventivas.**
- **La discriminación de las personas y grupos por ignorancia de los derechos sexuales y reproductivos.**
- **Las inequidades por razones de género**
- **Las diversas expresiones de la violencia doméstica, intrafamiliar, explotación comercial y el abuso sexual contra niños, niñas, adolescentes, adultos/as y ancianos/as.**
- **La negación de las necesidades específicas de sexualidad en la infancia y adolescencia.**
- **La deficiente educación sexual reproductora de miedos, tabúes, represiones, negadora de expresiones como el placer, la afectividad, la solidaridad y fragmentadora del cuerpo**

En el marco de la puesta en marcha del PES, el Ámbito de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Salud Reproductiva, se constituye en un espacio integrador de las respuestas o proyecto “paraguas” para enfrentar el conjunto de problemas que afectan la SSR a lo largo del ciclo de vida y obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

En esta propuesta para la construcción del PDASSR, se definen subproyectos por etapa del ciclo de vida como estrategia para aportar eficacia y optimizar las acciones. Cada uno de estos subproyectos, se organizan en módulos enuncian los objetivos mas importantes que se esperan desarrollar por área de atención y tipo de intervención.

Con estas orientaciones, se propone brindar una perspectiva de respuestas integrales, para la discusión e intercambio en la construcción del PDASSR, que promuevan la participación comprometida de todas las instancias y actores sociales involucrados en la garantía de derechos, articulando esfuerzos transectoriales para atender las necesidades de SSR, con universalidad y equidad.

El propósito de estos lineamientos para la acción es:

Contribuir con el desarrollo humano y social de la población venezolana, como expresión del fortalecimiento de su Salud Sexual Reproductiva, a través de políticas, acciones y servicios integrales articulados transectorialmente, y en redes, desde la estrategia promocional de la calidad de vida y la salud.

Se plantea construir indicadores para el seguimiento y evaluación de este proyecto, los cuales deben considerar impactar favorablemente en los siguientes problemas que se expresan a continuación:

| SSR por etapa del ciclo vital | Area de intervención: | Líneas estratégicas |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | |

| | | |
|--|--|---|
| Salud Sexual Y Reproductiva en la Infancia | Salud Preconcepcional | Prevención de los embarazos indeseados, mediante información, orientación, servicios y acceso a métodos anticonceptivos, adecuados a las necesidades específicas de hombres y mujeres, adultos y adolescentes Orientación oportuna en planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos variados para hombres y mujeres, incluyendo la anticoncepción de emergencia y la esterilización quirúrgica. |
| | Salud Prenatal y Perinatal. | <p>Prevención y atención integral de los abortos en condiciones de riesgo, incluyendo consejería y anticoncepción</p> <p>Promoción de la preparación psico-profiláctica, el auto-cuidado en salud perinatal y la crianza de los hijos e hijas.</p> <p>Atención integral oportuna, universal, equitativa y humanizada al embarazo, parto y puerperio. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Garantía del suministro oportuno de vacunas para erradicar enfermedades y muertes inmunoprevenibles en la etapa perinatal.</p> |
| | Crecimiento y desarrollo | <p>Detección y atención oportuna e integral de las malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias o adquiridas, alteraciones de desarrollo que comprometan la salud sexual y reproductiva en la infancia y en las etapas futuras.</p> <p>Prevención y control de la transmisión vertical del VIH-SIDA y otras ITS. Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para los niños y niñas con VIH/SIDA.</p> <p>Orientación y apoyo psicosocial a las embarazadas y madres con VIH/SIDA.</p> |
| | Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual | <p>Prevención y atención oportuna e integral del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la infancia y sus consecuencias. Prevención y atención integral y oportuna de las víctimas infantiles del abuso y la explotación sexual y sus familias, así como sus consecuencias.</p> <p>Prevención y atención integral oportuna de la salud sexual y reproductiva de los niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad, trabajadores de la patria, privados de libertad o institucionalizados.</p> <p>Promoción de acciones transectoriales para la erradicación de la explotación sexual en la infancia.</p> |
| | Información, Educación y Comunicación en SSR | <p>Desarrollo y promoción de actividades de información, educación, comunicación y asesoramiento sobre sexualidad en la infancia y su desarrollo, dirigidos a niños y niñas, familias y comunidad.</p> <p>Fortalecimiento de las actividades de Educación Sexual, formales y no formales, dirigidas a niños y niñas, familia y comunidad, en coordinación con las redes sociales y de salud.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia</p> | <p>Crecimiento y desarrollo</p> | <p>Garantía del diagnóstico y tratamiento oportuno las enfermedades hereditarias o adquiridas, las alteraciones de la maduración y del desarrollo, los accidentes y traumas que afecten el desarrollo ano de la sexualidad en la adolescencia, incluyendo ejercicio sexual y procreación futuros. Prevención y atención oportuna de los trastornos psicológicos o emocionales que afecten la salud mental de las y los adolescentes ocasionados por causas referidas a su SSR. Asesoramiento, información, educación y servicios en SSR, oportunos, incluyendo prevención y tratamiento de las ITS-VIH SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, suficientes y adecuadas a las y los adolescentes sexualmente activos.</p> <p>Prevención y control de la transmisión vertical del VIH-SIDA y otras ITS. Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para los y las adolescentes con VIH/SIDA. Orientación y apoyo psicosocial a los y las adolescentes que viven con VIH/SIDA. Promoción de la participación protagónica de las y los adolescentes tanto en la planificación como en la ejecución de proyectos y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva. Asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad.</p> |
| | <p>Información, Educación y Comunicación en SSR</p> | <p>Fortalecimiento de las actividades de Educación Sexual, formales y no formales, dirigidas a adolescentes, familia y comunidad, en coordinación con las redes educativas y sociales. Prevención del embarazo en adolescentes, incluyendo información, asesoramiento, acceso a anticonceptivos para los sexualmente activos y autocuidado, tanto a estas como a sus familias.</p> |
| | <p>Servicios de SSR específicos para adolescentes</p> | <p>Atención integral oportuna y específica del embarazo en adolescentes. Prevención y atención inmediata e integral del aborto en adolescentes bajo condiciones de riesgo y sus consecuencias. Atención integral diferenciada del embarazo, parto y puerperio en las adolescentes, promoviendo el autocuidado y la participación de la pareja.</p> |
| | <p>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</p> | <p>Detección, prevención y atención integral y oportuna del abuso y la explotación sexual en la adolescencia y sus consecuencias, con énfasis en los grupos de riesgo social. Prevención y atención oportuna del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la adolescencia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica y legal.</p> <p>Garantía del acceso a programas de rehabilitación a las y los adolescentes involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual. Prevención y atención oportuna de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en prevención y tratamiento de las ITS-VIH SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, suficientes y adecuadas a las y los adolescentes sexualmente activos. Prevención y control de la transmisión vertical del VIH-SIDA y otras ITS. Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para los y las adolescentes con VIH/SIDA. Orientación y apoyo psicosocial a los y las adolescentes que viven con VIH/SIDA. Promoción de la participación protagónica de las y los</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>adolescentes tanto en la planificación como en la ejecución de proyectos y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva. Asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad.</p> |
| <p>Información, Educación y Comunicación en SSR</p> | <p>Fortalecimiento de las actividades de Educación Sexual, formales y no formales, dirigidas a adolescentes, familia y comunidad, en coordinación con las redes educativas y sociales. Prevención del embarazo en adolescentes, incluyendo información, asesoramiento, acceso a anticonceptivos para los sexualmente activos y autocuidado, tanto a estas como a sus familias.</p> |
| <p>Servicios de SSR específicos para adolescentes</p> | <p>Atención integral oportuna y específica del embarazo en adolescentes. Prevención y atención inmediata e integral del aborto en adolescentes bajo condiciones de riesgo y sus consecuencias. Atención integral diferenciada del embarazo, parto y puerperio en las adolescentes, promoviendo el autocuidado y la participación de la pareja.</p> |
| <p>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</p> | <p>Detección, prevención y atención integral y oportuna del abuso y la explotación sexual en la adolescencia y sus consecuencias, con énfasis en los grupos de riesgo social. Prevención y atención oportuna del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la adolescencia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica y legal.</p> <p>Garantía del acceso a programas de rehabilitación a las y los adolescentes involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual. Prevención y atención oportuna de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, trabajadores de la patria, privados de libertad o institucionalizados. Promoción de acciones transectoriales para la erradicación de la explotación sexual en la adolescencia.</p> |
| <p>Salud Preconcepcional</p> | <p>Asesoramiento preconcepcional a la mujer, hombre ó pareja sobre los factores de riesgo sexual / reproductivo y los factores protectores.</p> <p>Garantía del acceso a la atención preconcepcional, mediante estrategias específicas para sectores sociales dispersos o de riesgo social.</p> <p>Garantía de acciones y servicios integrales oportunos suficientes y específicos de salud sexual y planificación familiar incluyendo tecnologías anticonceptivas diversas tales como: anticoncepción de emergencia y esterilización quirúrgica sin discriminación alguna.</p> <p>Prevención de los embarazos no deseados, prácticas abortivas de riesgo y sus consecuencias, a través de información, educación, orientación oportuna y servicios de SSR accesibles. Garantía del acceso a servicios especializados a los usuarios y usuarias en edad fértil, con riesgo de enfermedades genéticas y problemas de fertilidad.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Salud sexual y Planificación Familiar</p> | <p>Garantía universal y equitativa del acceso a información, comunicación, educación, asesoramiento y servicios de calidad en planificación familiar, dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con respeto a la dignidad humana y libre decisión de los individuos y parejas.</p> |
| <p>Salud Prenatal y Perinatal</p> | <p>Atención integral y humanizada, con calidad y calidez, a la mujer y su pareja, a lo largo de todo el proceso reproductivo. Garantía del suministro de medicamentos esenciales así como el soporte nutricional, a toda mujer embarazada, sin ningún tipo de discriminación.</p> <p>Promoción y garantía del inicio temprano, calidad y calidez de la atención prenatal. Garantía de la atención institucional del parto libre de riesgos, preservando la participación activa y protagónica de la mujer y su pareja, erradicando todo tipo de discriminación y maltrato.</p> <p>Atención integral del parto y postparto, incluyendo los cuidados de perinatología, acceso a cuidados intermedios e intensivos en los casos que se requieran.</p> <p>Promoción de la participación de la pareja u otra persona elegida por la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como derecho y parte del apoyo psico-afectivo.</p> <p>Garantía de la atención inmediata, con calidad y calidez de las emergencias obstétricas, para su tratamiento adecuado y la referencia oportuna.</p> <p>Atención integral inmediata a toda mujer con diagnóstico de aborto previniendo sus complicaciones, brindando apoyo psico-social y anticoncepción post-aborto.</p> <p>Prevención y control de la transmisión vertical de las ITS y el VIH-SIDA, asegurando el suministro del tratamiento anti-retroviral a las pacientes infectadas durante el embarazo y la lactancia.</p> <p>Atención integral de la puérpera con enfoque de riesgo, orientando acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación familiar post-parto.</p> |
| <p>Salud Ginecológica y Urológica</p> | <p>Prevención del cáncer de cuello uterino y mamas, mediante la realización oportuna y regular de la pesquisa en la atención integral de la mujer.</p> <p>Prevención de las ITS y el VIH-SIDA mediante la realización de las pruebas de VDRL y VIH, previo consentimiento informado y orientación pre y post prueba a los usuarios y usuarias.</p> <p>Garantía de acceso al hombre a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, con calidad y calidez, de acuerdo a sus necesidades específicas, para promover la toma de decisiones libres y responsable sobre el ejercicio sexual y la procreación sana, segura y voluntaria; sin discriminación alguna de orientación sexual, personas que viven con VIH (PVV), necesidades especiales, conflicto con la ley ó riesgo social.</p> <p>Prevención del cáncer y otras patologías prostáticas, mediante la pesquisa oportuna y ofreciendo información, apoyo</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>psicosocial, así como acceso a exámenes y tratamiento adecuados. Garantía de la atención y orientación de las disfunciones sexuales, facilitando el acceso a las consultas de sexología y/o asesoramiento en el tercer nivel de atención. Atención integral de la SSR de las trabajadoras/essexuales, población reclusa o con necesidades especiales, con intervenciones en los contextos donde ellos/as se desenvuelven.</p> |
| | <p>Información, educación y comunicación en SSR</p> | <p>Desarrollo de campañas de información educación, comunicación y planificación familiar, orientadas a potenciar el desarrollo de autonomía y empoderamiento para el ejercicio sexual satisfactorio y la procreación sana y sin riesgos, mediante la actuación protagónica de ciudadanos/as, parejas familias y comunidad. Garantía de los derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales promoviendo la practica de una sexualidad responsable a todas las usuarias (os) incluyendo las que viven con VIH/SIDA y otras ITS y su entorno familiar, sin discriminación alguna.</p> |
| | <p>Violencia doméstica, intra-familiar y sexual</p> | <p>Atención integral oportuna a toda persona víctima de violencia y abuso sexual incluyendo: orientación y apoyo social, atención psicológica y psiquiátrica, atención médica, atención jurídica y protección policial, previo consentimiento informado de la víctima respetando sus derechos sexuales y reproductivos en un clima de confianza, confidencialidad y privacidad .</p> <p>Promoción de acciones y estrategias transectoriales de información, educación y comunicación que permitan prevenir las distintas formas de violencia, abuso y explotación sexual en la población.</p> <p>Visibilización de todo caso de violencia, abusosexual y explotación sexual comercial, mediante la denuncia y registro, de acuerdo a lo previsto en el marco legal vigente.</p> <p>Creación y garantía del acceso a programas de rehabilitación y apoyo psicosocial dirigidos a las víctimas, victimarios, y familias involucradas en violencia doméstica, intra-familiar y sexual. Fortalecimiento del sistema de registro, con la incorporación de la atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.</p> |
| <p>Salud sexual de las y los adultos/ os mayores</p> | <p>Salud sexual en el climaterio, menopausia y andropausia</p> | <p>Garantía del acceso a la educación e información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano, manejo y/o referencia oportuna de acuerdo a las necesidades de atención en SSR, durante el climaterio, la-menopausia y andropausia.</p> <p>Fortalecimiento de la atención integral en SSR para responder a las necesidades específicas del adulto/a mayor.</p> <p>Desarrollo de actividades educativas para la prevención, detección y tratamiento de los factores de riesgo y daños relacionados con la pérdida de masa ósea en la mujer y el hombre, así como, promover factores protectores.</p> <p>Prevención y atención oportuna de los problemas y afecciones de salud sexual y reproductiva de los adultos/as mayores en condiciones de vulnerabilidad, privados de libertad, abuelos de la patria o institucionalizados.</p> |

| | |
|---|--|
| Salud Ginecológica y Urológica | Igual líneas estrategias de las adultas y adultos |
| Información Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva | Desarrollo de proyectos de información y educación orientadas a potenciar la autonomía del ejercicio sexual saludable y satisfactorio, (mediante la comunicación oportuna equitativa y humanizada) dirigido a las personas de este grupo poblacional, a las familias y a las comunidades en general. |
| Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual | Igual líneas estratégicas de las adultas y adultos |

GLOSARIO

Sexo

El sexo define como el conjunto de características biológicas que constituyen a las hembras y los varones, es decir la pertenencia a uno u otro sexo.

Sexualidad

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental de la condición humana que permite la expresión como seres sexuados. Está basada en el sexo y las relaciones de género, incluye las identidades, roles, orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de los factores mencionados y puede abarcar todos estos aspectos.

Expresiones de la sexualidad:

Las expresiones de la sexualidad son diversas y pueden ser psicológicas -incluyendo las cognitivas, afectivas y emocionales- y sociales –identidades, roles y relaciones-. En su dimensión afectiva, erótica y social está íntimamente asociada al mundo emocional. Sus manifestaciones inciden en las relaciones interpersonales, roles de género, de pareja, familia y grupos, y, su desarrollo pleno y armónico es clave para el ajuste emocional del individuo. Estos aspectos destacan su importancia de la sexualidad en su sentido amplio, así como del ejercicio pleno y satisfactorio para el bienestar y la felicidad como elementos fundamentales de la calidad de vida y salud.

La sexualidad y la reproducción son procesos que atraviesan el ciclo vital de hombres y mujeres generando una serie de consecuencias diferenciales, según el género, etnia/pueblo indígena, territorios y clases sociales, íntimamente relacionadas con las oportunidades de desarrollo humano afectando de manera directa la calidad de vida y salud de los individuos, familias y comunidades, así como el desarrollo social.

Erotismo:

Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general se asocian con placer sexual (OPS/ WAS, 2000). El erotismo no sólo está vinculado con la actividad sexual, sino también con el placer sensorial en otras dimensiones de la sexualidad, sensualidad y la vida.

Vínculo afectivo:

Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones y los afectos (OPS/WAS, 200).

Identidad sexual:

Es un componente de la identidad personal referido al auto-reconocimiento de la pertenencia sexual, es decir, el ser hembra o varón. Con el desarrollo psico-sexual le permite a una persona construir un concepto de sí mismo que incluye su sexo, género y orientación sexual (OPS/WAS, 2000).

Identidad de género:

La identidad de género define el auto-reconocimiento de la persona como mujer u hombre, es decir cómo se asume masculina o femenino, o combinación de ambos. Incluye la incorporación en el auto-concepto, en mayor

o menor grado, los comportamientos y atribuciones esperadas y deseables para hombres o mujeres en un contexto histórico y sociocultural dado. Determina la forma como las personas experimentan su género (OPS/WAS, 2000).

Orientación sexual:

Es la dirección que adquiere el deseo o impulso sexual hacia el otro o pareja sexual. Puede ser hacia personas del otro sexo (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual) Define la organización específica del erotismo y/o vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual (OPS/WAS, 2000)

Actividad Sexual:

Se denomina actividad sexual a las expresiones de la sexualidad y conductas asociadas al erotismo (OPS/WAS, 2000).

Prácticas sexuales:

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por personas o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles (OPS/ WAS, 2000).

Comportamientos sexuales responsables

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por la autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar propios y del otro/a en un ejercicio sexual sin riesgos, en la medida emplea prácticas sexuales seguras y exentas de coacción, discriminación o violencia (OPS/WAS, 2000)

Salud Integral

La salud se concibe como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar y producto de las determinaciones sociales. Comprende el con-junto de condiciones biológicas, psicológicas, saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. Se alcanza a través del esfuerzo colectivo, transectorial y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas materiales y sociales de vida, para mejorar el bienestar social y económico de toda la población.

Salud sexual:

La salud sexual es la experiencia de proceso permanente de consecución bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con el desarrollo autónomo y pleno de la sexualidad y sus expresiones, como aspecto fundamental de la salud integral y la calidad de vida. La salud sexual integra el placer, la comunicación, los afectos y en sus manifestaciones se conjugan los elementos socioculturales e históricos como aspectos intrínsecos a la condición humana "... *Tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de*

reproducción y de enfermedades de transmisión sexual...” (CIPD, 1994)

Salud Sexual y Reproductiva:

“Un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado que en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...” (CIPD, 1994) Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos

BIBLIOGRAFÍA

Andino, N. (2002). Informe Asesoría Técnica en Salud Sexual y Reproductiva. Convenio FNUAP-MSDS. Venezuela.

AMIDEN-IMSS (1986) Temas de Planificación Familiar. Guías Didácticas.

Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2001). Documento para discusión. Venezuela.

Arteaga, J. y Otros (2002). Redes Promocionales de Calidad de Vida, Módulo III. Instituto de Altos Estudios “Arnoldo Gabaldón”, MSDS. Venezuela.

Beltrán, L. (1985). Material de Apoyo para Agentes Multiplicadores. Ministerio de la Familia. Venezuela.

Beltrán, L. (2002). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela. FNUAP – RED POB. Venezuela.

Bidegain, G. y G. Díaz (2000). La Planificación Familiar en Venezuela. OPS/ OMS – FNUAP. Venezuela.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). Informe del 5 al 13 de septiembre. El Cairo.

Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Informe de la IV Conferencia. Beijing.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). Gaceta Oficial Nº 5.453 (Extraordinario).

Da Costa D. y G. González (2002). Informe Asesoría Técnica al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Convenio FNUAP-MSDS. Venezuela.

De Negri, A y otros (2002). El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Módulo 1. Instituto de Altos Estudios “Arnoldo Gabaldón”, MSDS. Venezuela.

Family Care Internacional (1995). Compromisos hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todos.

FNUAP (2001). Análisis de la situación del país en materia de Población y Estrategias de Desarrollo y en Salud Sexual y Reproductiva. Venezuela.

FNUAP (1999). Compromisos Legislativos respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de El Cairo y Beijing.

FNUAP y Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo – GPI (1999). Compromisos Legislativos sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

FNUAP (2001). Un enfoque práctico de la violencia de Género: Guía Programática para Proveedores y encargados de Servicios de Salud. Edición Piloto. New York. USA.

FNUAP – RED POB (1997). Proceso de consulta para una propuesta de país en Salud Sexual y Reproductiva. Venezuela.

Freites A. y M. Di Brienza (2000). Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes. FNUAP. Venezuela.

Gómez, L. (1988) El parto industrializado. Foro sobre la violencia en el parto. Foro en Defensa e la Ciudad. Mimeo. Venezuela.

Gómez, L. (1997). Violencia no es sólo golpes. Reflexiones psicopáticas sobre violencia, mujer y género. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, CEM-UCV, vol. 2 N° 5. Venezuela.

Gómez, L. (1991). La mujer en su cuerpo y en la crisis. Taller de Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la Prevención del Cáncer Cerviño Uterino. OPS/OMS. Venezuela.

Huggin's, M. (2002). El concepto de género. Plan Estratégico Social. MSDS. (Material Mimeográfico) Venezuela.

Jiménez, M. (2000). Coord. Mujeres Protagonistas y el Proceso Constituyente. Embajada Británica, UNIFEM, PNUD. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 5266 (Extraordinario). Octubre 02, 1998.

Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36576, noviembre 06, 1998.

Liendo, P. (1970). Contenido d un Programa de Planificación Familiar. Asociación de Planificación Familiar en Venezuela. AVEFAM. Venezuela.

Londoño, M. (1996). Derechos Sexuales y Reproductivos. Los más humanos de todos los derechos. Imprenta Feriva. Colombia.

López N. y Otros (2002). Identificación y Representación de Necesidades Sociales. Módulo II. Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldón", MSDS. Venezuela.

Maddaleno, M. y Otros (1995). La Salud del Adolescente y del Joven. OPS/ OMS. Publicación Científica N° 552. Washington.

Ministerio de Salud Pública de la República de Ecuador (1995). Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral a la Salud de los/las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Ecuador.

Ministerio da Saude de Brasil (1999). Manual de Treinamento de Aconselhamento EMDTS, HIV e AIDS. Brasil.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social - MSAS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS, Banco Mundial (1998). El VIH/Sida en Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social -MSDS y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte - MECD (2001). Educación Sexual Básica para la Prevención del SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Material Instruccional. 2da. Edición. Programa Nacional de ITS/SIDA. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social -MSDS (2002). Plan Estratégico Social. Documento Base y versión resumida.

Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social -MSDS, OPS, UNFPA (2003). Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de la Salud Integral de las y los Adolescentes de Venezuela. Tomo I y II. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSDS (2002). Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social- MSDS (2002). Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA, un enfoque para la calidad de vida y salud. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSAS (1998). Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSAS (1992). Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente. Normas y Funciones. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSDS (2000). Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Venezuela

Ministerio de Salud y Desarrollo Social -MSDS (2003). Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Versiones 2000-2001-2002-2003.Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSDS (2003) Proyecto de Autonomía del Ámbito de Salud Sexual y Reproductiva. 2da. Versión. Programa Nacional de SSR.Venezuela.

Ministerio de Salud de la Republica del Perú (1999). Normas del Programa de Planificación Familiar. Perú.

Ministerio de Salud (1997). Normas en Salud Sexual y Reproductiva. Panamá.

Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador (1999). Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. Ecuador.

Muñoz, M. (2001). Coord. Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la nueva Constitución Venezolana. Testimonios de un debate. Red Pob –FNUAP. Venezuela.

Oficina Central de Estadísticas e información -OCEI – FNUAP (1999). Encuesta de Población y Familia – EMPOFAM`98. Venezuela.

OMS (2002) Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia. Bolivia.

OPS/OMS CDC (2000). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Pautas para la Prevención de Infecciones Oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.

OPS/OMS/Fundación W.K. Kellogg (1996).Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y módulos de atención. 2da. Impresión.

OPS/OMS Col. ONUSIDA, IALAPAC, AECI (2001) Pautas de Atención Integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas.

OPS/OMS y Col. De la Asociación Mundial de Sexología (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de consulta. Guatemala.

OPS/OMS (2002). Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna. 26º Conferencia Sanitaria Panamericana. 54º Sesión del Comité Regional.

OPS/OMS Prevención del SIDA. El SIDA y la Planificación Familiar. Venezuela

Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (1993). Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México.

Simposio "Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas" (2001) Informe Final, Cancún, México.

UNFPA/ consultor Horacio Toro Ocampo (1999). Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva. EAT.

Universidad de John Hopkins (1999). Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Facultad de Salud Pública.

INDICE TOMO II

Prólogo

Objetivo General y Específicos del Reglamento Técnico Administrativo

Modelo de Atención

Disposiciones Generales según los niveles de organización administrativa del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Responsabilidades y funciones del nivel central

Responsabilidades y funciones del nivel estatal

Responsabilidades y funciones del nivel municipal

Disposiciones para todos los establecimientos de salud

Recursos humanos

Por niveles de atención

Perfil del equipo interdisciplinario en Salud Sexual y Reproductiva

Actividades de atención integral en Salud Sexual y Reproductiva

Administrativas

Vigilancia y Evaluación

Información, Educación y Comunicación

Capacitación

Investigación

Atención

Disposiciones para la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva según etapas del ciclo de vida

La Salud Sexual y Reproductiva en la infancia

La Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia

La Salud Sexual y Reproductiva en la adulta y adulto

La Salud Sexual y Reproductiva en la adulta y adulto mayor

Especificaciones de las áreas de atención integral en Salud Sexual y Reproductiva

Atención salud ginecológica

Atención salud sexual y planificación familiar

Atención salud preconcepcional

Atención salud prenatal y perinatal

Atención salud climaterio y menopausia

Atención salud urológica y andropausia

Atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual

Bibliografía

PRÓLOGO

La salud es un derecho Humano fundamental que resulta del desarrollo armónico de todas las potencialidades individuales y colectivas. Esta determinada por condiciones socioeconómicas, culturales e históricas que posibilitan un estado de bienestar bio-psico-social, siendo la sexualidad una dimensión intrínseca a la condición humana imposible desarrollar un abordaje integral de la salud sin incorporar la salud sexual y reproductiva.

Se entiende por Salud Sexual y Reproductiva el estado de bienestar psico-social íntimamente relacionado a la calidad de vida y salud integral, caracterizado por el desarrollo de la sexualidad en todas sus dimensiones y expresiones, así

como el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Dado que la sexualidad se desarrolla en las relaciones interpersonales, de pareja, en la familia, en la comunidad a través de la convivencia y las relaciones afectivas, la reproducción no es un fin último o elemento central. Implica el derecho de disponer de información, educación, servicios y tecnologías oportuna, segura, confiable y de calidad para garantizar la toma de decisiones responsables y concientes respecto al ejercicio de la actividad sexual y la procreación.

La salud sexual y reproductiva contempla también la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer cervico-uterino, de mamas, de próstata, ITS, VIH/SIDA así como de la violencia doméstica intra-familiar y sexual, necesidades específicas de mujeres y hombres incluso en situaciones especiales (migrantes, refugiados y personas con necesidades especiales).

Como puede observarse, este concepto involucra elementos afectivos, espirituales, sociales, políticos, culturales, económicos, ambientales, además de los aspectos físicos o biológicos, reconociendo que la sexualidad tiene un componente emocional y de placer, propio de la condición humana.

El proceso de reproducción humana se da en un contexto donde las condiciones de vida, los sistemas de valores y las inequidades tienen escenarios con actores sociales que participan en una dinámica que determina estos procesos, por lo que los aspectos de la salud sexual y reproductiva sólo pueden entenderse desde una dinámica de conjunto cuyas sucesivas integraciones o contextualizaciones deben culminar con un proceso de desarrollo humano sostenible y sustentable.

El presente instrumento pretende impulsar una transformación en la gestión en salud, y en particular en los programas y servicios del área, dirigidos a construir una integralidad a través de una política pública transectorial, reorientar las ofertas a satisfacer las necesidades asociadas a la salud sexual y reproductiva, fortalecer las redes sociales, con la participación protagónica y corresponsabilidad de los ciudadanos y ciudadanas, que se constituyan en la plataforma que garantice el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) asume la integralidad de estas acciones con un enfoque interdisciplinario y transectorial y presenta este documento, Tomo II que contiene el: "REGLAMENTO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA "

I.OBJETIVOS DEL REGLAMENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO

OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios, técnicos y administrativos que regulen la organización y funcionamiento de los servicios y las acciones de salud sexual y reproductiva, en las diferentes áreas de atención del programa, a nivel individual, familiar y comunitario, en todas las etapas del ciclo vital, con enfoque de riesgo, de género, de atención integral, interdisciplinaria, con criterio de equidad, según necesidades específicas en territorios y clases sociales, así como para etnias y pueblos indígenas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los criterios para atender y vigilar la salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre con enfoque de ciclo de vida, en el período preconcepcional durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al recién nacido
2. Establecer criterios de atención integral para promover la salud y el crecimiento y desarrollo adecuado del recién nacido con calidad y calidez
3. Concertar criterios para la prestación de la atención integral de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, con énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud y desarrollo, conforme a lo establecido, en las normas de atención a este grupo poblacional
4. Unificar criterios para la prestación de la atención integral de salud sexual y reproductiva de los y

- las jóvenes, con énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud y desarrollo,
5. Establecer las acciones en atención integral de salud dirigidas al hombre y a la mujer no gestante, orientadas a satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
 6. Definir las acciones de atención integral en salud sexual y reproductiva dirigidas a la mujer y al hombre, especialmente en las etapas de climaterio, menopausia y andropausia.
 7. Unificar criterios para las acciones de atención integral de salud sexual y reproductiva, relacionadas con la prevención de las infecciones de Transmisión sexual y VIH-SIDA en hombres y mujeres aplicando las normas específicas determinadas por el MSDS.
 8. Establecer criterios para la atención integral de salud sexual y reproductiva a mujeres y hombres promoviendo servicios de alta calidad en planificación familiar a través de las estrategias de información, comunicación y educación
 9. Establecer acciones para la atención integral en salud sexual y reproductiva, referida a la prevención, pesquisaje, detección temprana, tratamiento adecuado y referencia oportuna a mujeres y hombres en relación a cáncer cervicouterino, de mamas y de próstata.
 10. Determinar criterios de atención en salud sexual y reproductiva a grupos especiales de riesgo, personas con necesidades especiales, personas víctimas de violencia doméstica, intrafamiliar, sexual y personas en situaciones de emergencia social y desastres.
 11. Establecer criterios de organización administrativa de los servicios y acciones relativas a la salud sexual y reproductiva según las redes de atención del MSDS.

II. MODELO ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR

La atención de salud sexual y reproductiva, se ofrece en todos los niveles de atención del M.S.D.S. y en otras estructuras de las redes de apoyo con responsabilidades definidas y articuladas para enfrentar las necesidades de los usuarios (as). La atención integral en salud sexual y reproductiva es brindada por un equipo de personas que pertenecen a diferentes disciplinas y que tienen capacitación específica, comparten conocimientos, talentos, habilidades y experiencias de manera coordinada e interdependientes, lo cual les permite una transformación y enriquecimiento mutuo, para funcionar eficientemente con el propósito de lograr metas y objetivos comunes. Estas personas trabajan con y por las usuarias (os), fomentando su empoderamiento para que participen activamente en la promoción y autocuidado de su salud sexual y reproductiva. Además se incorporan al equipo de salud, promotores comunitarios de salud y otros miembros de las diferentes estructuras integradas a las redes sociales de apoyo.

En el modelo de atención de salud sexual y reproductiva, los usuarios (as) reciben atención integral de acuerdo a sus necesidades específicas, considerando además su etapa de crecimiento y desarrollo y/o del ciclo reproductivo humano en que se encuentra. Los usuarios (as) entran directamente al servicio de salud a través de las casas comunitarias y otras estructuras integradas a las redes de apoyo social y mediante el sistema de referencia y contrarreferencia, se garantiza la atención integral y oportuna en el nivel de complejidad que tenga la capacidad resolutoria requerida en cada caso.

La educación para el autocuidado y las consultas prenatales, puerperales, ginecológicas y de planificación familiar incluyendo pesquisaje de cáncer cer-vico-uterino, mamario, próstata y de ITS; así como la vigilancia de control y desarrollo del niño y la promoción de la salud y desarrollo de las y los adolescentes, se brindan en todas las redes de atención de los servicios de salud.

En las redes de atención y en las casas comunitarias se enfatiza la captación de usuarios (as), la educación para el autocuidado y la información acerca de los servicios de salud disponibles en la comunidad.

Por otra parte, la asistencia del parto, puerperio inmediato y recién nacido, la atención ginecológica y urológica referida a manejo de cáncer cervico-uterino, mamario, endometrio, ovario, próstata y de testículos, se brindan en las redes de atención según su nivel de complejidad.

En todos los establecimientos de salud de las redes de atención y en las otras estructuras de las redes sociales de

apoyo, se cumplen todas las fases del modelo de atención; incluyendo las consultas especializadas, exámenes especiales y hospitalizaciones requeridas, las cuales se realizan en los establecimientos de mayor nivel de complejidad.

Las Redes de Atención están conformadas por unidades operativas representadas por los ambulatorios, hospitales y otras instituciones y servicios complementarios clasificados de acuerdo a los niveles de atención establecidos por el MSDS. Intervienen, además, los grupos organizados e institucionales de la comunidad que actúan como estructuras de respuestas, regulares e integradas en redes, con responsabilidades definidas para atender las necesidades sociales y de salud y que tienen participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de programas y acciones en Salud Sexual y Reproductiva.



III. DISPOSICIONES GENERALES

SEGÚN LOS NIVELES

DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, asume este Reglamento Técnico Administrativo de Salud Sexual y Reproductiva, como un instrumento fundamental orientado a la reorganización de los servicios y acciones integrales de la SSR en el marco de un Sistema Público Nacional de Salud, bajo el imperativo ético de responder a las necesidades sociales asociadas a esta área, de acuerdo a los enfoques de: género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clases sociales y etapas del ciclo de vida.

De esta manera, la institución contribuye a garantizar el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, estatuidos desde 1.999, en la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela. Como la Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente y la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y La Familia, así como en las conferencias y acuerdos internacionales suscritos por el país y en las políticas del MSDS.

Las responsabilidades y competencias de los ámbitos administrativos forman parte del ejercicio de la rectoría del MSDS como ente garante de los Derechos Sociales a la salud y la vida, en consecuencia, no son transferibles, delegables, ni negociables, así como tampoco lo son los recursos humanos, bienes financieros, materiales, infraestructura e instrumentos normativos, De ésta manera se reafirma la gratuidad y la universalidad de la atención a la salud.

También constituye una herramienta de construcción de ciudadanía, en tanto tiene el propósito de contribuir al desarrollo de autonomía asegurando, la provisión de acciones, servicios y tecnologías accesibles, suficiente, regulares, oportuna y equitativas para la toma de decisiones libres, informadas y responsables en todas las etapas de la vida, y promoviendo la participación protagónica y empoderamiento de los ciudadanos y ciudadanas.

Es un instrumento de obligatorio cumplimiento en todas las instituciones y establecimientos de salud, educativos y sociales, públicos y privados, que desarrollan servicios y acciones de salud sexual y reproductiva en el territorio nacional. Sin embargo, considerando las necesidades específicas por etapa del ciclo de vida, así como las inequidades socioeconómicas y de género, la diversidad de territorios sociales, la multiculturalidad, lenguas, etnias y pueblos indígenas y en el contexto de la descentralización, las respuestas institucionales requieren adaptaciones basadas en el diagnóstico de necesidades, identificación de brecha de inequidades y déficit de atención.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva opera en los tres niveles del Sistema Público de Salud: Central, Estatal y Municipal , implementándose en las redes de atención: primaria, especializada, emergencias y hospitalaria de acuerdo a su organización funcional y administrativa.

3.1. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL

Está constituido por un equipo interdisciplinario e intrainstitucional capacitado en el área de Salud Sexual y Reproductiva o en su defecto con reconocida experiencia en el área: médicos/as (generales, pediatras, Gineco-obstetras, urólogos, psiquiatras, salubristas), enfermeras/os (generales, especialistas o profesionales formados en salud sexual y reproductiva), trabajadores/as sociales, educadores/as, sociólogos/as, nutricionistas, psicólogos/as entre otros. En este nivel opera el/la Coordinador/a nacional del programa quien debe ser un o una profesional del equipo técnico. El nivel central se ubica en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, organismo rector en políticas de salud y desarrollo social a nivel nacional.

Es responsabilidad del nivel nacional:

1. Diseñar políticas, programas, proyectos, acciones y estrategias en Salud Sexual y Reproductiva
2. Diseñar, implantar y supervisar normas, metodologías y procedimientos de Salud Sexual y Reproductiva
3. Coordinar las áreas del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
4. Monitorear y evaluar las políticas, los programas, proyectos y acciones en Salud Sexual y Reproductiva.
5. Asesorar y mejorar los procesos para el desarrollo de políticas, leyes, pro-gramas, proyectos, acciones, servicios y tecnologías en Salud Sexual y Reproductiva
6. Planificar y supervisar la dotación y distribución de insumos y medicamentos de Salud Sexual y Reproductiva.

Son funciones del nivel central:

1. Diseñar y evaluar las políticas nacionales transectoriales en coordinación Inter - programática con

las instancias involucradas en la atención de salud sexual y reproductiva, tales como: los programas de oncología, ITS/VIH-SIDA, lactancia materna, niño y adolescente, salud mental y otros.

2. Promover la autonomía y el empoderamiento de mujeres y hombres a lo largo del ciclo vital generando espacios para la participación protagónica de la población en la planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud sexual y reproductiva.
3. Definir lineamientos para realizar un análisis participativo de la situación de salud sexual y reproductiva, a escala nacional con énfasis en la identificación de necesidades y brechas de inequidades a lo largo del ciclo vital.
4. Diseñar, coordinar, monitorear y evaluar los sub-proyectos estratégicos de salud sexual y reproductiva
5. Promover y coordinar la elaboración, difusión e implantación de la Norma Oficial para la Atención Integral de la SSR
6. Apoyar y asesorar a las Direcciones Regionales y a las Coordinaciones Regionales de Salud Sexual y Reproductiva o su equivalente en la elaboración de políticas, planes, proyectos y acciones regionales y locales.
7. Velar por la aplicación y el cumplimiento de la Norma Oficial para la Atención Integral en salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
8. Diseñar, supervisar y coordinar la aplicación de instrumentos de monitoreo y evaluación de los servicios y acciones a nivel nacional.
9. Planificar, desarrollar y evaluar planes de educación permanente para el personal de SSR a nivel nacional, conjuntamente con los niveles regionales y locales.
10. Diseñar y monitorear acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional, con enfoque transectorial.
11. Coordinar, asesorar y supervisar la gestión de proyectos sometidos a búsqueda de cooperación.
12. Definir áreas prioritarias de investigación en respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva a nivel nacional
13. Establecer criterios para un sistema de registro de información estadística que permita el seguimiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva, de acuerdo a la normativa del MSDS
14. Requerir, analizar y difundir la información epidemiológica nacional para orientar las prioridades de acción en cada nivel.
15. Coordinar con las universidades, institutos autorizados y las sociedades científicas correspondientes, la incorporación en las curricula del enfoque integrador de salud sexual y reproductiva, así como para la creación, desarrollo y evaluación de programas específicos en la formación de recursos humanos y el desarrollo de eventos científicos y académicos en el área.
16. Identificar necesidades de insumos y medicamentos básicos para la atención integral de salud sexual y reproductiva a nivel nacional, según la solicitud de los diferentes instancias.
17. Planificar y coordinar planes, estrategias y acciones de atención en salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencias y desastres a nivel nacional
18. Elaborar instrumentos para la evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios a nivel nacional.
19. Cumplir cualquier otra función derivada de los instrumentos legales vigentes o asignada por autoridades nacionales competentes.

3.2. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL O

REGIONAL

Esta constituido por un equipo interdisciplinario capacitado en el área de salud sexual y reproductiva con un(a) coordinador(a) estatal.

Es responsabilidad del nivel estatal:

1. Diseñar, desarrollar y adaptar las políticas, programas, proyectos y acciones de salud sexual y reproductiva a nivel estatal o regional.
2. Coordinar y supervisar la implantación y aplicación de normas, metodologías y procedimientos de salud sexual y reproductiva, en las redes de atención a nivel estatal o regional.
3. Realizar la capacitación, actualización, motivación sistemática y continua tanto del equipo de salud como de la comunidad que participa en la promoción y en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
4. Coordinar la capacitación en salud sexual y reproductiva con las instituciones de educación formal, no formal y las asociaciones científicas.
5. Vincular las acciones de los programas y servicios para la atención de salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre con grupos organizados, instituciones y estructuras de respuesta con responsabilidades definidas para enfrentar necesidades específicas integradas en redes de apoyo.

Son funciones del nivel estatal:

1. Apoyar a la Dirección Regional de salud en la elaboración de políticas regionales de atención de salud sexual y reproductiva según necesidades específicas referidas a etapas del ciclo de vida, etnias y pueblos indígenas, género, territorio y clase social.
2. Promover la autonomía y el empoderamiento de mujeres y hombres a lo largo del ciclo vital generando espacios para la participación protagónica de la población en la planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud sexual y reproductiva.
3. Aplicar los lineamientos del nivel central en la definición de planes, proyectos, metas, estrategias, acciones y mecanismos de monitoreo y evaluación del programa o equivalente de acuerdo a las particularidades regionales.
4. Definir lineamientos para realizar un análisis participativo de la situación de salud sexual y reproductiva a nivel regional, con énfasis en la identificación de necesidades y brechas de inequidades, a lo largo del ciclo vital, según etapas del ciclo de vida, etnias y pueblos indígenas, género, territorio y clase social.
5. Sensibilizar y capacitar al personal de salud, en los aspectos de salud sexual y reproductiva
6. Diseñar, coordinar, monitorear y evaluar el plan regional de salud sexual y reproductiva
7. Promover y coordinar la difusión e implantación de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, a nivel regional.
8. Supervisar la aplicación de instrumentos de monitoreo y evaluación de los servicios y acciones a nivel regional.
9. Planificar, desarrollar y evaluar proyectos de educación permanente para el personal de SSR a nivel regional, conjuntamente con el nivel municipal.
10. Diseñar y monitorear acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos con enfoque transectorial en su estado.
11. Definir líneas prioritarias de investigación en respuesta a las necesidades de la salud sexual y reproductiva a nivel regional
12. Supervisar la aplicación de un sistema de registro de información estadística que permita el seguimiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva, de acuerdo a la normativa del MSDS
13. Recopilar, sistematizar, analizar y difundir la información epidemiológica de los niveles locales y otras instancias para elaboración de informes regionales establecer prioridades de acción, así como para remitir los resultados al nivel central.
14. Participar con las universidades, institutos autorizados y las sociedades científicas correspondientes en la incorporación del enfoque integrador de salud sexual y reproductiva, así como en la creación, desarrollo y evaluación de programas específicos para la formación de recursos humanos, y el desarrollo de eventos científicos y académicos en el área.
15. Identificar necesidades y coordinar el suministro adecuado de insumos y medicamentos básicos para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel regional.
16. Planificar y coordinar estrategias y acciones de atención en salud sexual y reproductiva en casos

- de emergencias y desastres, a nivel regional
17. Planificar y evaluar un estudio de las condiciones de eficiencia de los servicios para mejorar su capacidad resolutoria.
 18. Coordinar con las autoridades educativas competentes la capacitación en salud sexual y salud reproductiva con las instituciones docentes formales y no formales así como las asociaciones científicas y académicas.
 19. Vincular las acciones de los programas y servicios para la atención de salud sexual y salud reproductiva de la mujer y el hombre por ciclo de vida, con grupos organizados, instituciones y estructuras de respuesta con responsabilidades definidas, para enfrentar necesidades específicas, integradas en redes de apoyo.
 20. Cumplir cualquier otra función derivada de los instrumentos legales vigentes o asignada por autoridades competentes.

3.3. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES

DEL NIVEL MUNICIPAL

Está constituido por unidades operativas representadas por los ambulatorios y hospitales clasificados de acuerdo al nivel de atención establecido por el MSDS. Además lo integran las instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y los grupos organizados de la comunidad que actúan como estructuras de respuestas, regulares e integrales, con responsabilidades definidas, articulada para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres, hombres, niños, niñas y adolescentes. Todas las estructuras de la red tienen participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, proyectos y acciones.

Es responsabilidad del nivel municipal:

1. Diseñar, desarrollar y adaptar las políticas, programas, proyectos, acciones y estrategias de salud sexual y reproductiva a nivel municipal.
2. Coordinar y supervisar la implantación y aplicación de normas, metodologías y procedimientos de salud sexual y reproductiva en las redes de atención a nivel municipal.
3. Supervisar el funcionamiento y establecer la capacidad resolutoria de los servicios
4. Coordinar y supervisar el cumplimiento de las funciones por niveles y áreas de atención, de acuerdo a las redes de atención.

Son funciones del nivel municipal:

1. La autoridad con competencia en salud del ámbito Municipal, tendrá a su cargo el desarrollo de políticas y acciones de promoción de la SSR, atendiendo a sus competencias en la promoción de la calidad de vida y la salud con énfasis en la educación, prevención de factores de riesgo, enfermedades, protección social, organización y participación social, así como la gestión de servicios de atención primaria integrados funcionalmente a las redes del sistema público de salud, todo ello de acuerdo a los lineamientos nacionales, regionales y las particularidades de cada municipio.
2. Cumplir y hacer cumplir todo lo establecido en los instrumentos normativos de la atención integral de la SSR.
3. Independientemente de la forma organizacional que se asuma, el ámbito municipal de salud deberá:
 - Garantizar el acceso gratuito, universal y equitativo de la población, a los servicios y acciones de SSR que desarrolle desde la red de atención bajo su competencia.
 - Identificar necesidades y coordinar el suministro adecuado de insumos y medicamentos básicos para la atención en SSR a nivel municipal.

- Orientar a la población en torno a los servicios y acciones de atención a la SSR que se ofrecen en las redes establecidas en su ámbito
- Promover y difundir en la población, de acuerdo a la etapa del ciclo de vida, información adecuada sobre sus derechos y deberes en el área de SSR, así como los mecanismos de participación y control social
- Estimular la participación de la población en proyectos, redes y acciones en torno a la protección y promoción de su SSR.
- Mantener un registro actualizado de información estadística y de vigilancia epidemiológica que de cuenta de las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población, preferiblemente por género, etnia, clase y territorio social y que sea reportado oportunamente al ámbito regional.
- Desarrollar estrategias de comunicación tradicional y/o alternativa sobre temas e información relevante a la población sobre SSR.
- Apoyar las acciones de promoción de la SSR que provengan de organizaciones de base comunitaria, estimulando la conformación de redes sociales en torno a la defensa del derecho a la salud.
- Garantizar el desarrollo de estrategias y mecanismos de protección social a la población en situación de riesgo social: víctimas de la violencia, explotación o abuso sexual, farmacodependientes, personas que viven en la calle, niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos, en circunstancias especialmente difíciles, con riesgo social, o privados de libertad; articulando esfuerzos con las redes de salud, sociales, comunitarios y otros niveles de gobierno para atender los aspectos relativos a su SSR.

3.4. DISPOSICIONES GENERALES

PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. Cumplir y hacer cumplir las leyes nacionales que protegen a las mujeres trabajadoras (ARTICULOS 384, 385, 391, 393, 394 de la Ley Orgánica del Trabajo Vigente), así como hacer cumplir lo establecido en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (LOPNA).
2. Garantizar el acceso a la atención integral de salud sexual y reproductiva, a la mujer, hombre, recién nacido y adolescente, promoviendo la participación protagónica de ellos y ellas.
3. Ofrecer cuidado prenatal con prioridad, independientemente de la edad gestacional; sin ninguna condición o requisito que lo limite
4. Realizar la atención integral a la mujer embarazada, su pareja y el recién nacido (a) durante el embarazo, trabajo de parto y parto a nivel institucional, con calidad y calidez, mediante el manejo oportuno y adecuado de las intervenciones, incluyendo la racionalización del uso de medicamentos y maniobras de riesgo que pueden comprometer la salud de la madre y su hijo (a).
5. Garantizar clínicas de enfermería con personal capacitado para la atención de embarazadas de bajo riesgo, con énfasis en la educación para el autocuidado y para la participación protagónica de la mujer y su pareja durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado de su hijo (a) (vínculo afectivo, preparación psicoprofiláctica, lactancia materna, cuidados postnatales y del recién nacido y planificación familiar).
6. Identificar las etnias y los pueblos indígenas así como los grupos con necesidades especiales existentes en los territorios y clases sociales de su área de influencia, sus prácticas en sexualidad y reproducción y en base a ello planificar acciones con participación de los diferentes grupos poblacionales, garantizándoles el acceso a una atención de calidad.
7. Utilizar la educación para el autocuidado de la salud como estrategia para la promoción del empoderamiento y la autonomía promoviendo la participación de la familia y la comunidad en los cuidados de la salud sexual y reproductiva de cada uno de sus miembros y en su aporte a la calidad de vida personal y colectiva
8. Aplicar un sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo a la capacidad resolutoria de los establecimientos para garantizar el acceso a la atención integral en todos los niveles de atención de salud del MSDS de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos.

9. Realizar investigaciones operativas en áreas y líneas prioritarias de salud sexual y reproductiva para generar conocimientos actualizados y adaptados a su realidad socio-cultural y de salud.
10. Llevar la información y registro del embarazo, parto y recién nacido aplicando los formularios respectivos, según lo explicado en el manual de procedimientos.
11. Identificar, diagnosticar, tratar y/o referir oportunamente las emergencias obstétricas y neonatales, si el caso lo requiere según instrucciones del manual de procedimientos.
12. Realizar el monitoreo y evaluación de procesos y de impacto, de acuerdo a los indicadores establecidos en el manual de procedimientos de la presente norma.

3.5. RECURSOS HUMANOS

3.5.1. POR NIVELES DE ATENCIÓN

Los servicios de salud sexual y reproductiva, funcionan con los recursos humanos disponibles en los establecimientos de los diferentes niveles de atención, debidamente capacitados antes de la implementación de esta Norma Oficial y actualizados por lo menos, una vez al año.

I NIVEL:

Se refiere al nivel local de atención, está conformado por la red de establecimientos que comprende los ambulatorios rurales I, ambulatorios rurales II, ambulatorios urbanos I y los consultorios populares de la “Misión Barrio Adentro” fortaleciendo la red de atención primaria en salud. En éste nivel se realizan actividades de captación, atención de usuarios y usuarias, con énfasis en actividades educativas e inmunizaciones. Los miembros del equipo planifican, ejecutan, evalúan proyectos y acciones integradas en redes sociales y de salud para enfrentar las necesidades de salud sexual y reproductiva, con la participación protagónica de las y los ciudadanos.

El equipo de salud de los ambulatorios rurales I está constituido por:

- Auxiliar de Medicina simplificada
- Promotor (a) para la salud
- 1 médico/a (opcional)

El equipo de salud de los ambulatorios rurales II está constituido por:

- Médico (a) general
- Auxiliar o técnico superior de Enfermería
- Promotor (a) para la Salud

El equipo básico de salud de los ambulatorios urbanos I está constituido de la siguiente manera:

- Técnico Superior o licenciado (a) en Enfermería
- Trabajadora (o) Social
- Médico (a) General
- Promotor (a) para la salud

II NIVEL:

Se refiere al nivel regional de atención, está conformada por la red de establecimientos que comprende los ambulatorios urbanos II, ambulatorios urbanos III, hospitales tipo I, hospitales tipo II y las clínicas populares de la “Misión Barrio Adentro” fortaleciendo la red de especialidades básicas, tales como pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía. En éste nivel se realizarán actividades relacionadas con la captación y atención de usuarias y usuarios, acciones educativas, inmunizaciones, consultas especializadas y hospitalización.

El equipo interdisciplinario en el II Nivel está constituido por:

- Medico(a) general
- Técnico Superior o Licenciado (a) en Enfermería
- Gineco-obstetra
- Pediatría
- Psicólogo (a)
- Trabajadora (or) Social
- Promotor (a) para la salud
- Educador (a)

III NIVEL:

Se corresponde con el ámbito regional y nacional conformado por la red de establecimientos hospitalarios de alta complejidad o de referencia nacional, como los hospitales tipo III y IV. Todos los niveles de atención funcionarán de acuerdo a sus niveles de complejidad. En estos niveles se realizan actividades relacionadas con la captación y atención de usuarios y usuarias, acciones educativas, inmunizaciones, consultas especializadas y hospitalizaciones.

El equipo interdisciplinario en este Nivel esta compuesto por:

- Médicos especialistas
- Enfermera (o) (Licenciada) preferiblemente con especialización en Materno Infantil o Enfermería Perinatal
- Psicólogo (a)
- Trabajadora (or) Social
- Educadora (o)
- Gineco-obstetra
- Nutricionista
- Pediatra
- Promotor (a)

3.5.2. PERFIL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN SSR

- Capacitación básica y/o experiencia en el área, reconocida por Instituciones académicas públicas o su equivalente
- Conocimiento de las siguientes estrategias, descritas en el Tomo I de la pre-sente norma oficial
 1. Promoción de la calidad de vida y salud
 2. Abordaje de ciclo vital y proyectos estratégicos
 3. Desarrollo de Autonomía.
 4. Empoderamiento
 5. Transectorialidad y Redes sociales
 6. Integralidad.
- Transversalidad de Enfoques: genero, pueblos indígenas , territorios y clase social
- Cualidades indispensables:
 1. Actitud respetuosa y flexible
 2. Capacidad para trabajar en equipo
 3. Interés y preocupación por las necesidades de la población

IV. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4.1.- ADMINISTRATIVAS

- a) Todo el personal de salud vinculado al área de SSR, deberá conocer y cumplir con las disposiciones y recomendaciones del MSDS, establecidas en los instrumentos legales, normativos y procedimentales que garantizan la atención integral y la promoción de la SSR, deberá además, cumplir y hacer cumplir La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (artículos 75,76), las leyes nacionales que protegen a las mujeres trabajadoras (artículos 384, 385, 391, 393, 394 de la Ley Orgánica del Trabajo Vigente), así como, hacer cumplir lo establecido en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (LOPNA) y en la Ley de Violencia contra la Mujer y la Familia (LVCF) y lo señalado en la norma respectiva
- b) Esta norma para su aplicación debe ajustarse a la realidad estatal, local, de las redes y de los servicios, para lo cual las coordinaciones deberán promover una metodología de trabajo para la participación colectiva de los actores claves en: el análisis de situación, la identificación y priorización de necesidades específicas, la identificación de déficit de respuestas, la elaboración de planes de acción, la reorganización de las ofertas de atención y la adecuación de los instrumentos de monitoreo y evaluación para el seguimiento y ajuste periódico de los proyectos de ejecución del PNSSR, los cuales deberán desarrollar las estrategias ya identificadas y contendrán: diagnósticos de las necesidades de la población, definición de los problemas más importantes de la SSR, objetivos, actividades, recursos, poblaciones objetivas, responsables, cronograma y un plan general de evaluación.
- c) En cada nivel, incluidas las unidades operativas se deben tener disponibles los instrumentos normativos oficiales en SSR, para la prevención, diagnóstico y manejo de los problemas prevalentes en este ámbito de salud.
- d) Se aplicará un sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo a la capacidad resolutoria de las redes para garantizar el acceso a la atención integral en todos los niveles de atención de salud del MSDS, de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos
- e) El equipo de salud, en todos los niveles y redes del sistema, llevará un sistema de información y registro único sobre las actividades y acciones realizadas aplicando los formularios respectivos, según lo explicado en el manual de procedimientos.
- f) Los/las coordinadores/as del programa en los distintos niveles y estructuras de la red de servicios, promoverán la realización de reuniones y/o jornadas periódicas para la programación, ejecución y análisis de resultados de los procesos de monitoreo y evaluación de acciones y servicios en su ámbito de decisión. Para sustentar esta actividad, se debe llevar un registro diario de actividades, realizar informes mensuales y retroalimentar la programación en función de los resultados.
- g) Se deben fortalecer las instancias de coordinación transectorial, nacional, regionales, municipales y locales para facilitar la atención integral en SSR de forma de establecer vínculos permanentes con los diferentes puntos de las redes de atención estructuradas para atender las necesidades de la población en esta área.
- h) En la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva se procurará tener espacios adecuados y acondicionados para las acciones que se realicen ajustados a las necesidades de la población y a los territorios sociales.
- i) Las coordinaciones del PNSSR deberán promover la capacitación del personal para garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva, con calidad y calidez, sensibilizados para atender la población en las diferentes etapas del ciclo de vida, sin discriminación de género, ni orientación sexual o necesidades especiales, etnia o clase social. Cada personal deberá tener asignada sus funciones de acuerdo a sus competencias y capacidades.
- j) Las coordinaciones del PNSSR, conjuntamente con los coordinadores de las redes, organizarán los servicios y acciones de la SSR, de acuerdo a los niveles de atención y complejidad de los establecimientos de las redes y atendiendo a las necesidades de la población. El enfoque de redes permitirá que los equipos de cada establecimiento conozcan lo que deben y pueden hacer, cuándo y dónde referir.

4.2. VIGILANCIA Y EVALUACION

- a) El proceso de evaluación debe considerar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, en base a los

criterios establecidos en calidad, efectividad y eficacia del desarrollo de las actividades -servicios, el logro de los objetivos y metas del programa. Las coordinaciones regionales, municipales y locales establecerán sus propias metas, acordes con el déficit a superar y las necesidades a atender en su población de referencia.

b) La evaluación implica un análisis del desempeño, así como de los resultados del programa y se realizará con una periodicidad anual a nivel nacional, semestral a nivel regional y mensual en las unidades operativas del nivel municipal.

c) Las actividades de supervisión de las distintas redes y ámbitos, enfocarán principalmente a las coordinaciones del PNSSR y tiene como objetivo evaluar el desempeño de los equipos y las redes de salud, intercambiar experiencias y retroalimentar la gestión de acuerdo a los resultados de las evaluaciones. Se desarrolla como un proceso capacitante, donde se identifican problemas de gestión y calidad en el trabajo y se recomiendan acciones para resolverlos o superarlos.

d) Conjuntamente con los equipos de epidemiología y análisis estratégicos de las distintas instancias del sistema y otras áreas de salud, las coordinaciones del PNSSR analizarán la información epidemiológica registrada por género, etnias pueblos indígenas, grupos de edad, territorio y clase social, que muestre: embarazos en adolescentes, embarazos de riesgos, abortos en mujeres, adultas y adolescentes, violencia doméstica, intrafamiliar, sexual, ITS/VIH/SIDA, morbilidad-mortalidad materna e infantil, cáncer de cuello uterino, de endometrio, ovario, mama, testículos y próstata. Los equipos de epidemiología identificarán sitios y centros centinelas para hacer seguimiento de problemas de salud y factores de riesgo de la SSR.

e) El seguimiento y la evaluación del programa debe considerar aspectos como: Personal de salud y otras redes capacitados en atención integral en SSR, redes articuladas funcionando en los distintos ámbitos y territorios sociales, cobertura de atención integral en SSR a las diferentes poblaciones por etapa del ciclo de vida de hombres y mujeres, calidad de los servicios y satisfacción de usuarios, atención integral del embarazo, parto y puerperio, población capacitada, actividades de educación para el autocuidado y la prevención y grupos promotores, entre otras. f) El equipo de salud y las coordinaciones prestarán particular atención a:

- Realizar la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas en coordinación con las disposiciones del Comité Nacional y los comités estatales de Control y Prevención de Muertes Maternas.
- Determinar anualmente las condiciones de eficiencia de los servicios por entidad federal, para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, aplicando los instrumentos de monitoreo y evaluación explicados en el Manual de Procedimientos.
- Llevar el registro estadístico y la vigilancia epidemiológica de casos de cáncer cérvico uterino, de endometrio, ovario, mamas, testículos y próstata a nivel interinstitucional, local y estatal, analizarla y remitirla a las instancias competentes.
- Llevar el registro estadístico y la vigilancia epidemiológica de casos de disfunciones sexuales, patologías de la función sexual y sexo a nivel interinstitucional, local y estatal, analizarla para orientar prioridades de acción y remitirla a las instancias competentes.
- Realizar el reporte obligatorio de todo caso de las otras ITS, VIH/SIDA al servicio de epidemiología regional (usando la ficha de notificación)
- Implementar normas de bioseguridad y hacerlas cumplir para la prevención de la transmisión de VIH/SIDA y de las otras ITS.
- Registrar la información estadística sobre la salud de la mujer en todas las etapas de su vida, así como en el climaterio y la menopausia, en forma fidedigna, actualizada y oportuna para su integración a la Red Informática Nacional.
- Registrar la información estadística sobre la salud del hombre en todas las etapas de su vida, así como en la andropausia, en forma fidedigna, actualizada y oportuna para su integración a la Red Informática Nacional.
- Llevar el registro estadístico de los casos y situaciones de violencia doméstica intrafamiliar y sexual, explotación y abuso sexual, con datos desagregados por edad, sexo, poblaciones indígenas, territorio social, nivel de instrucción y otras variables significativas en cada entidad geográfica.

4.3.- INFORMACIÓN, EDUCACIÓN

Y COMUNICACIÓN (IEC)

- a) El personal de salud de todos los ámbitos, utilizará la educación para promover el autocuidado de la salud como estrategia para la promoción del empoderamiento y la autonomía, la participación de la familia y la comunidad en los cuidados de la salud sexual y reproductiva con enfoque de género de cada uno de sus miembros y su aporte a la calidad de vida personal y colectiva.
- b) El personal de salud priorizará acciones de promoción que permitan lograr calidad de vida en relación a la salud sexual y reproductiva en la población.
- c) Se deberá promover el desarrollo de programas de educación en salud sexual y reproductiva, tales como la implementación de técnicas psicoprofilácticas en obstetricia, dirigidos a la preparación de la embarazada, su pareja u otra persona de su elección, según lo establecido en el manual de procedimientos.
- d) Las coordinaciones del PNSSR y el personal de salud, desarrollarán actividades de información, educación y comunicación para un ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, maternidad / paternidad sana, voluntaria y sin riesgos.
- e) Las coordinaciones de PNSSR y el personal de salud, deberán considerar la cobertura de grandes poblaciones a través de medios tradicionales y alternativos de comunicación, el trabajo con grupos específicos pequeños y la comunicación cara a cara, adecuando los contenidos y formas de los mensajes a las particularidades regionales y culturales.
- f) Se brindará información sobre la SSR de la población, a la comunidad en general y a los decisores políticos de los sectores de educación, salud, protección social, etc., aprovechando las distintas instancias de participación: Consejos y Asambleas de Salud, Consejos Locales de Planificación Pública, Consejos Estadales y Municipales de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, entre otros.
- g) Todas las instancias de participación y decisores políticos de los sectores de educación, salud y protección social brindaran apoyo en las actividades de promoción de calidad de vida en SSR.
- h) En las actividades de IEC, se deberá vigilar el respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las usuarias y usuarios tomando en cuenta las diferentes etapas del ciclo de vida, el enfoque de género, etnias, pueblos indígenas, orientación sexual, valores, identidad cultural de las personas y grupos.
- i) Los establecimientos de salud procuraran mantener material escrito a disposición del público sobre los derechos y deberes en el área de SSR como: ejercicio de la función sexual sana, responsable y segura, sexualidad, comunicación y afectividad de la pareja, autocuidado, factores de riesgo y protectores en las diferentes etapas del ciclo de vida, métodos anticonceptivos, cáncer ginecológico y próstata/testículos, prevención de ITS/VIH/SIDA., aborto, embarazos no planificados, cuidados del recién nacido, cuidados durante el embarazo / parto / puerperio y otros temas vinculados al área dirigidos a los diferentes grupos poblacionales. Se facilitará el acceso a la información, comunicación, educación, y asesoramiento en planificación familiar, dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con respeto a la dignidad humana y libre decisión de los individuos y parejas.
- k) Los equipos de salud de todos los ámbitos y redes, promoverán el desarrollo de acciones y estrategias transectoriales de información, educación y comunicación que permitan identificar y prevenir las inequidades de género, su relación con las distintas formas de violencia, abuso y explotación sexual en la población. Se promoverá el desarrollo de programas comunitarios en relación con el reconocimiento de las formas de violencia doméstica, intrafamiliar y abuso sexual, bajo enfoque de género y en el marco legal vigente como instrumento para la aplicación de los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos.
- l) Los equipos de salud desarrollarán actividades de educación comunicación e información dirigidas a la mujer, pareja, familia y comunidad con énfasis en los cambios, factores de riesgo y factores protectores que puedan afectar la calidad de vida, durante la pre y post menopausia, con énfasis en el ejercicio responsable y placentero de su sexualidad.
- m) Se promoverá el desarrollo de actividades de información y comunicación para el auto cuidado del varón, considerando su pareja, familia y comunidad y el desarrollo de su autonomía en la toma de decisiones informadas, placenteras, responsables y consentidas referidas al ejercicio sexual, procreación y andropausia con enfoque de género.
- n) Los equipos de salud de los diferentes ámbitos y redes promoverán el desarrollo de acciones y estrategias transectoriales de información, comunicación y educación en SSR dirigidas a los niños, niñas y adolescentes, de la población general y a los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos.
- o) Los equipos de salud de los diferentes ámbitos y redes promoverán el desarrollo de acciones y estrategias transectoriales de información, comunicación y educación en SSR dirigidas a los adolescentes y las adolescentes, adultos y adultas privados de libertad.
- p) Los equipos de salud de los diferentes ámbitos y redes promoverán el desarrollo de acciones y estrategias transectoriales de información, comunicación y educación en SSR dirigidas a los pacientes institucionalizados, psiquiátricos, geriátricos, personas con discapacidades, indigentes, o en circunstancias especialmente difíciles.
- q) El equipo de salud conformará espacios permanentes para la reflexión y discusión sobre casos complejos, valores, estereotipos y prejuicios de los miembros del equipo interdisciplinario y la relación con sus afectos, comportamientos y actitudes en el trabajo del área de SSR.
- r) Los equipos de salud promoverán la capacitación de promotores de salud, los/las adolescentes, adultos/as, adultos/as mayores, a los fines de fortalecer y extender las acciones de educación en salud y de empoderamiento de la

población en torno a los temas y áreas ya señaladas.

s) El MSDS a nivel nacional, regional y municipal establecerá convenios y compromisos de cooperación con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) y otras instancias de participación gubernamentales y no gubernamentales, con la finalidad de brindar información, comunicación y educación en SSR.

4.4.- CAPACITACIÓN

a) Las coordinaciones de PNSSR, desarrollarán y aplicarán programas de capacitación en SSR para el personal de los servicios de salud, centros educativos y otras redes sociales, en aspectos conceptuales y metodológicos de la orientación individual y grupal en otras áreas relevantes a la SSR.

b) El personal de salud con apoyo de las coordinaciones desarrollará cursos, jornadas y foros para líderes comunitarios, comités de salud, padres, madres, representantes, en las áreas relevantes de la SSR; de acuerdo a las necesidades y problemas más prevalentes o demandas de la población atendida de manera de promover la movilización de la comunidad.

c) En cada nivel del sistema de salud y otros puntos de las redes de apoyo se planificará, ejecutará y evaluarán acciones de capacitación que permitan la sensibilización y actualización de las personas que trabajan en el área de SSR; las actividades de capacitación deben formar parte de los planes anuales y estar ajustadas a la realidad de cada ámbito de actuación, las necesidades educativas del personal que surjan de las funciones desempeñadas en esta materia y de acuerdo a las directrices de la política nacional de SSR. Estos planes deben enmarcarse en las estrategias nacionales de capacitación del personal de salud, según las pautas del ámbito nacional establecidas en coordinación con el área de Investigación y Educación.

d) La capacitación del personal deberá incorporar componentes de motivación, enfoque de género, violencia, derechos, etnias, pueblos indígenas, y problemas de salud pública en SSR, una cultura de trabajo orientada hacia la satisfacción de las necesidades sociales.

e) Se deberá promover la capacitación en las diferentes redes y en ámbitos de la comunidad, aprovechando los recursos regionales y municipales, con metodologías participativas de análisis de situación y búsqueda de soluciones. Se deben incorporar metodologías de evaluación del proceso educativo y sus resultados e impactos.

f) La capacitación deberá articular las diferentes áreas de la SSR y responder al perfil de desempeño profesional y ocupacional acorde al ámbito de trabajo y redes de atención.

g) Con las autoridades educativas de cada nivel, se coordinará la capacitación del personal docente de las instituciones educativas formales y no formales, para lo cual se diseñarán módulos que incorporen metodologías que los preparen en la orientación y educación en SSR.

h) A nivel nacional se coordinará con las autoridades universitarias, la incorporación de contenidos sobre SSR en los programas de pregrado y postgrado de carreras de la salud y humanísticas, a fin de promover la sensibilidad, importancia del Plan Estratégico Social en los diferentes enfoques.

i) Capacitación de Profesionales de las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud como facilitadores en educación de la salud sexual y reproductiva incluyendo la psicoprofilaxis obstétrica, con la finalidad de adquirir información teórica-práctica, competencias y destrezas facilitativas que les permitan implantar, desarrollar y multiplicar cursos de educación prenatal y otras actividades educativas no formales y relativas al área en los centros de salud donde se atiendan a las mujeres embarazadas.

4.5.- INVESTIGACIÓN

a) Realizar investigaciones operativas en áreas y líneas prioritarias de salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre, para generar conocimientos actualizados y adaptados a nuestra realidad cultural.

b) Promover el desarrollo de investigaciones en ITS/VIH-SIDA, en cáncer cérvico uterino, de endometrio, próstata, testículos, ovario y mamas, en el marco de las áreas prioritarias de investigación establecidas por el ámbito nacional y las líneas que se desarrollen a nivel estatal, local e interinstitucional atendiendo a enfoques de género, ciclo de vida, territorio, clase social, etnias/pueblos indígenas.

c) Desarrollar actividades de Investigación e intercambio de experiencias en el campo de la violencia doméstica intrafamiliar y sexual, a fin de obtener los conocimientos que se requieren para planificar las estrategias de promoción, prevención, atención y control

d) Todos los ámbitos y niveles del sistema, deberán conjuntamente con las coordinaciones del PNSSR realizar jornadas de intercambio de experiencias, debate y difusión de las investigaciones realizadas en el área de SSR.

e) En cada nivel del sistema, las coordinaciones promoverán el desarrollo de espacios de reflexión y estudio transdisciplinarios sobre tópicos emergentes y relevantes en el abordaje de la SSR.

4.6.- ATENCIÓN

Se considera obligatorio en las acciones de programas, proyectos y en la prestación de servicios de SSR:

- a) Garantizar la atención integral a la SSR con enfoque promocional, lo que significa actuar sobre los determinantes y causalidades que comprometan el desarrollo de la autonomía en SSR a lo largo del ciclo de vida, con acciones educativas para la calidad de vida y salud, preventivas, de enfermedades, daños o lesiones, protectoras de la vida, curativas, de tratamiento continuo de enfermedades y rehabilitadoras.
- b) Garantizar el derecho a la confidencialidad y privacidad de todo usuario y usuaria de los servicios.
- c) Garantizar el acceso sin ningún tipo de discriminación a la atención integral de salud sexual y reproductiva, a todos los recién nacidos/as, niños y niñas, las y los adolescentes, adultos y adultas jóvenes y mayores, promoviendo la participación protagónica de ellos y ellas.
- d) Ofrecer cuidado prenatal con prioridad, independientemente de la edad gestacional; sin ninguna condición o requisito que lo limite.
- e) Captar precozmente (antes de las 13 semanas) a la embarazada, facilitando su acceso a la atención integral en todos los niveles, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos
- f) Atender con prioridad a toda mujer embarazada en su primer contacto con el establecimiento de salud y a lo largo de su proceso reproductivo, independientemente de su edad gestacional y evaluarla en función del riesgo, facilitando su acceso al nivel que garantice su atención adecuada.
- g) Garantizar que toda atención a la embarazada en cualquier momento que lo solicite sea considerada como una emergencia de alta prioridad, que no podrá ser suspendida bajo ninguna circunstancia.
- h) El Equipo de SSR priorizará la atención a las personas en sus diferentes etapas del ciclo de vida, con riesgos sociales, vulneración de sus derechos; relacionados con condiciones de vida precaria, en esos casos deberá promover la articulación e ínter consultas con otros profesionales de la Red de Atención (salud mental, servicios sociales y otros) y aplicará mecanismos que les permita el seguimiento de casos de riesgo para garantizar la continuidad asistencial, la citación y búsqueda de pacientes que abandonen el tratamiento.
- i) Garantizar a los usuarios y las usuarias el acceso a información oportuna y clara sobre su caso. Si perteneciera a algún pueblo indígena, con otra cultura o lingüística, de ser posible, facilitar información en su lengua, debiendo verificar en todos los casos que el mensaje fue comprendido.
- j) Velar porque todos los usuarios y usuarias tengan su historia clínica completa y accesible.
- k) Asegurar que la o las personas responsables (usuario/ias, adolescentes a partir de los 14 años, o representantes de adolescentes menores de 14 años de edad) autoricen llevar a cabo algún tratamiento o atención. No se debe someter a ningún usuario o usuaria a un procedimiento sin su consentimiento informado y voluntario. Se exceptúan las emergencias.
- l) Se debe dar un trato digno, humanizado y de calidez a toda usuaria o usuario, respetando sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura y lengua.
- m) Incorporar a toda persona que sufra un accidente laboral en el manejo de pacientes con VIH/SIDA al programa de post-exposición al VIH/SIDA.
- n) Denunciar todo caso de violencia (física, psicológica, sexual), intrafamiliar, doméstica, abuso y explotación sexual de acuerdo a lo previsto en el marco legal vigente, como una estrategia para visibilizar y controlar el problema en la sociedad.
- o) Las coordinaciones del PNSSR y los equipos de salud, trabajarán por la aplicación de estas normas, a los fines de mejorar la capacidad resolutoria de las redes de atención y asegurar estándares de calidad en la prestación de servicios específicos o integrados.
- p) Las coordinaciones del PNSSR, promoverán el desarrollo de actividades de orientación individual y/o grupal en la red de atención, de acuerdo a las normas y criterios que para tal fin elabore y difunda el MSDS, como complemento del presente reglamento
- q) Las actividades de orientación en SSR deberán realizarse por personal debidamente capacitado y respetando en todo momento la confidencialidad y la privacidad de los y las usuarias.

V. DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR, SEGÚN ETAPAS DEL CICLO DE VIDA EN LA RED DE SALUD

5.1. LA SSR EN LA INFANCIA

Todo establecimiento de salud brindará atención en salud sexual y reproductiva en la infancia, atendiendo al principio de prioridad absoluta e interés superior establecido en la LOPNA, esta área constituye una iniciativa para incorporar disposiciones normativas que orienten actividades que garanticen el pleno desarrollo de la sexualidad, incluyendo el futuro ejercicio sexual y procreación satisfactoria y sin riesgos.

d) La atención integral al recién nacido/a, niños y niñas que se establece a continuación, requiere ser coordinada con los equipos del Programa Nacional de Salud Integral del Niño/a, a través de las actualmente denominadas coordinaciones de crecimiento y desarrollo o instancia equivalente.

e) Todo establecimiento de salud en la atención a la SSR en la infancia velará por:

- Realizar la atención inmediata del recién nacido de acuerdo al manual de procedimientos de la presente norma, con énfasis en la prevención del enfriamiento y las alteraciones metabólicas, la garantía de las condiciones adecuadas que le permitan al niño o niña su identificación inmediata, la lactancia materna en los primeros minutos siguientes al nacimiento, la permanencia junto a su madre a tiempo completo (alojamiento conjunto), excepto cuando sea necesario separarlos por razones de salud.
- Realizar medidas de reanimación de recién nacidos cuando el caso lo amerite según el algoritmo del manual de procedimientos de esta norma.
- Implementar el alojamiento conjunto madre-hijo/a, mientras permanezcan en el hospital y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño/a, salvo en aquellos casos en que existan estricta contraindicación médica en los cuales se utilizarán preferiblemente los bancos de leche humana, dejando como ultima opción el uso de sucedáneos de la leche materna.
- Priorizar la alimentación con leche materna a través de la provisión de la misma por los Bancos de Leche Humana, en los casos de que esté contraindicada la lactancia materna solo cuando existan obstáculos para este acceso se indicarán sucedáneos de la leche materna, como en el caso de las madres seropositivas.
- Orientar a la madre, padre y familiares cercanos acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar post-parto
- Detectar y atender oportunamente las malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias o adquiridas, alteraciones de la maduración sexual, accidentes y traumas que comprometan a futuro el desarrollo pleno de la sexualidad, incluyendo ejercicio sexual y procreación satisfactoria y sin riesgos.
- Apoyar la vigilancia y control del crecimiento y desarrollo con énfasis en los aspectos referidos a la maduración sexual, así como el desarrollo psicosexual y aspectos socioculturales asociados, promoviendo a futuro el desarrollo pleno de la sexualidad, incluyendo ejercicio sexual y procreación satisfactoria y sin riesgos.
- Ofrecer acciones de atención ginecológica adecuadas a este grupo de edad y sus necesidades según pueblo indígenas y otras etnias, territorios y clases sociales, redes sociales y de salud.
- Garantizar la prevención y atención oportuna, específica y adecuada del embarazo en las niñas y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica, tanto a ellas como a sus familias.
- Garantizar la detección, prevención, atención y referencia oportuna de las ITS y el VIH SIDA en la infancia, con énfasis en la transmisión vertical, el acceso al tratamiento gratuito y adecuado, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, y atención médica adecuada.
- Garantizar la prevención y atención oportuna del abuso y la explotación sexual en la infancia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica, anticoncepción de emergencia y orientación legal.
- Garantizar la prevención y atención oportuna del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la infancia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica y orientación legal.

- Desarrollar actividades y estrategias de información, educación, comunicación y asesoramiento sobre sexualidad en la infancia y su desarrollo, adecuadas según necesidades específicas y enfoques transversales, dirigidos a niños y niñas, así como a sus familias y comunidad, para contribuir al desarrollo pleno de la sexualidad y reproducción a futuro satisfactoria y sin riesgos, utilizando escuelas de padres y educación de pares.
- Desarrollar y apoyar las actividades de Educación Sexual, formales y no formales, dirigidas a niños y niñas, familia y comunidad, según necesidades y enfoques transversales, en coordinación con las redes educativas, sociales y de salud.

5.2. LA SSR EN LA ADOLESCENCIA

a) En el marco de lo previsto en el PES y el abordaje de ciclo vital, la salud sexual y reproductiva de adolescentes constituye un área en la que confluyen problemas de salud pública de alta prioridad para el país tales como: embarazo en adolescentes, alta incidencia de infecciones del transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA, violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y explotación sexual y aborto en condiciones de riesgo.

b) Todo equipo de salud debe brindar atención integral por personal capacitado en salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes según lo establecido en la Norma Oficial “para la Promoción y Desarrollo de la Salud integral de los y las Adolescentes de Venezuela” del MSDS

c) El equipo de salud en el marco de la promoción de la calidad de vida, promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes y en base a la respectiva Norma del MSDS para la atención integral de la SSR dirigido a éste grupo poblacional, debe:

- Desarrollar actividades de información, educación, servicios, tratamientos y tecnologías anticonceptivas integrales, oportunas y específicas, de calidad y con calidez, salvaguardando su intimidad, confidencialidad, respeto y libre consentimiento, sin discriminación alguna de género, orientación sexual, personas con discapacidad, vulneración de derechos y conflicto con la ley.
- Detectar y tratar oportunamente las enfermedades hereditarias o adquiridas, las alteraciones de la maduración y del desarrollo, los accidentes y traumas que comprometan el desarrollo pleno, disfrute y responsabilidad de la sexualidad en la adolescencia, incluyendo ejercicio sexual y la reproducción futura satisfactoria, planificada y sin riesgos.
- Realizar la vigilancia y control del crecimiento y desarrollo incluyendo aspectos referidos a la maduración sexual y la reproducción, así como el desarrollo psicosexual y aspectos socioculturales asociados, garantizando así el desarrollo pleno de la sexualidad en la adolescencia, incluyendo el ejercicio sexual y la reproducción satisfactoria, planificada y sin riesgos.
- Desarrollar actividades y estrategias de información, educación y comunicación, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, incluyendo factores de riesgo y protectores para la salud y desarrollo dirigidos a adolescentes, así como a sus familias y comunidad, para contribuir a un ejercicio sexual y maternidad / paternidad responsable, voluntaria, sana y sin riesgos, de acuerdo a necesidades según género, etnias y pueblos indígena, territorios y clases sociales,
- Garantizar la atención integral oportuna, específica y adecuada del embarazo en adolescentes y su pareja durante todo el proceso reproductivo, incluyendo información, asesoramiento, atención prenatal, perinatal, ginecológica, lactancia materna, autocuidado, salud sexual, planificación familiar y anticoncepción post-parto.
- Prevenir el aborto en condiciones de riesgo y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, atención médica, y auto cuidado, tanto a éstas como a sus familias.
- Proporcionar asesoramiento, información, educación y servicios, incluyendo prevención, atención integral, tratamiento gratuito y referencia oportuna ante las ITS-VIH SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, considerando la anticoncepción de emergencia, suficientes y adecuadas a las y los adolescentes sexualmente activos.
- Garantizar de forma gratuita y oportuna el acceso a preservativos, como un modo de prevenir las ITS/VIH SIDA y el embarazo no deseado.
- Realizar a toda embarazada pruebas de serología para VIH/SIDA con orientación pre-post prueba (anexar resolución MSDS. No. 202 del 7/8/2000)
- Garantizar la detección, prevención y atención oportuna del abuso y la explotación sexual en la adolescencia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial,

atención médica, anticoncepción y orientación legal, con énfasis en los grupos vulnerados en sus derechos, privados de libertad y riesgo social.

- Garantizar la prevención y atención oportuna del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la adolescencia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica y orientación legal.
- Garantizar el acceso a programas de rehabilitación a las y los adolescentes involucrados en situaciones de violencia (física, psicológica y sexual) la explotación, el comercio y abuso sexual.
- Realizar diagnóstico precoz y atención oportuna de trastornos psicoemocionales, depresiones y suicidios en adolescentes por causas asociadas a problemas en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Promover el desarrollo de habilidades para la vida, a fin de fortalecer el desarrollo de autonomía y empoderamiento para la toma de decisiones responsables y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Garantizar la participación protagónica de las y los adolescentes tanto en la planificación como en la ejecución y evaluación de proyectos y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar el asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, sus madres, familias y comunidad a través de escuelas para padres y educación según necesidades de acuerdo a: género, pueblos indígenas y otras etnias, territorios y clases sociales.
- Desarrollar las actividades de Educación Sexual, formales y no formales, dirigidas a adolescentes, familia y comunidad, según necesidades y enfoques transversales, en coordinación con las redes educativas, sociales y de salud.

5.3. LA SALUD SSR EN LA ADULTA Y ADULTO

Todo establecimiento de salud en el área de atención integral a la SSR de adultas y adultos, desde un enfoque promocional de derechos y con el fin de preservar y proteger su salud, además de disminuir los factores de riesgos que afecten la calidad y seguridad de su vida reproductiva y sexual, entre otras acciones que se especificarán en el próximo capítulo de éste reglamento, deberá:

- Implementar campañas de información, educación y comunicación orientadas a potenciar el desarrollo de la autonomía y empoderamiento para el ejercicio de la sexualidad satisfactoria, sana y responsable.
- Garantizar la atención integral de la SSR sin discriminación a todos y todas las personas con discapacidades, enfermedades mentales, con vulneración de sus derechos o privados de libertad.
- Garantizar acciones y servicios integrales, oportunos y suficientes específicos de la SSR de éste grupo poblacional, salvaguardando la intimidad, confidencialidad, respeto, libre consentimiento, calidad y calidez sin discriminación alguna de género, edad, preferencias y orientación sexual, de acuerdo a las siguientes áreas de atención, cuyas especificaciones serán definidas en el próximo capítulo:

Atención Ginecológica
 Atención Urológica
 Atención en Salud Sexual y Planificación Familiar
 Atención Preconcepcional Atención Prenatal y Perinatal
 Atención de la Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

5.4. LA SSR EN LA ADULTA Y ADULTO MAYOR

Los equipos de salud, considerando las necesidades sociales y de salud sexual, en particular, de las adultas y adultos mayores, deberán atender a éste grupo poblacional de acuerdo a las áreas que mencionaremos a continuación y que serán abordadas con mayores detalles en el próximo capítulo:

Atención Ginecológica Atención Climaterio y Menopausia Atención urológica y andropausia Atención de la Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

TRANSECTORIALIDAD INTRAINSTITUCIONAL - MSDS

| ETAPAS DE | AREAS DE | ACTIVIDADES | INSTANCIAS |
|-----------|----------|-------------|------------|
|-----------|----------|-------------|------------|

TRANSICIONALIDAD INSTITUCIONAL - 1999

| ETAPAS DE LA VIDA | AREAS DE INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES | INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS |
|--------------------------------|--|--|--|
| INFANCIA | Salud Perinatal Derechos y Protección Violencia Doméstica Intrafamiliar y sexual Educación Sexual | -Atención Integral al Recién Nacido -Humanización del parto -Atención a niños con VIH -Promoción Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses -Dotación y adecuación de infraestructura -Dotación medicamentos e insumos -Prevención y control Transmisión vertical del VIH -Promoción de la Ciudadanía, Derechos y Equidad de Género en niños@ -Prevención y atención del abuso sexual y la violencia intrafamiliar -Fortalecimiento de la Educación Sexual -Evaluación y Monitoreo de proyectos y Servicios de SSR | PN Niño y Adolescente Comisión Lactancia Mat CMMI Gerencia de Hospitales Red Ambulatoria PN ITS/SIDA Causas Externas PN Salud Mental Gestión Tecnológica SUMER-SEFAR PN SSR |
| ADOLESCENCIA Y JUVENTUD | Educación Sexual Salud Sexual Salud Preconcepcional Salud Reproductiva: Prenatal y Perinatal Derechos Sexuales y Reproductivos Violencia Doméstica Intrafamiliar y sexual | -Promoción de la Educación Sexual -Desarrollo de Estrategias IEC -Atención Integral Específica Adolescente -Orientación y asesoría en SSR -Promoción Derechos Sexuales y Reproductivos -Prevención de embarazos no deseados, no planificados y los abortos en condiciones de riesgo. -Atención prenatal, parto, post parto Atención al aborto y complicaciones Atención de emergencias obstétricas -Transmisión vertical de ITS/SIDA -Atención a infectados con VIH -Dotación y adecuación de infraestructura -Dotación medicamentos e insumos de SSR -Promoción de la Ciudadanía, Derechos y Equidad de Género -Prevención y Atención del Abuso Sexual y la Violencia Intrafamiliar -Evaluación y Monitoreo de proyectos y servicios de SSR | PN Niño y Adolescente Gerencia Hospitales Red Ambulatoria PN Oncología PN ITS/SIDA CMMI Comisión Lactancia Mat PN Salud Mental PN Salud Bucal Causas Externas Gestión Tecnológica SUMER-SEFAR PN SSR |
| ADULTA/O | Educación Sexual Salud Sexual Salud Preconcepcional Salud Reproductiva Anticoncepción de la pareja Derechos Sexuales y Reproductivos Violencia Doméstica Intrafamiliar y Sexual Educación Sexual | -Promoción Educación Sexual -Desarrollo Estrategias IEC -Atención Integral a la mujer y al hombre -Prevención y control cáncer ginecológico y próstata/testículos -Orientación y Asesoría en SSR -Atención prenatal, parto, postparto, aborto emergencias obstétricas, transmisión vertical ITS/SIDA -Dotación y adecuación de infraestructura -Dotación de medicamentos e insumos de SSR -Prevención de embarazos no deseados, no planificados y abortos en condiciones de riesgo -Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos -Promoción de la Ciudadanía, Derechos y Equidad de Género -Prevención y Atención del Abuso Sexual y la Violencia Intrafamiliar -Evaluación y Monitoreo de Proyectos y Servicios de SSR -Promoción Salud Sexual de mujer/hombre | Gerencia Hospitales Red Ambulatoria PN Oncología PN ITS/SIDA CMMI Comisión Lactancia Mat PN Salud Mental PN Salud Bucal PN Cardiovascular PN Diabetes Causas Externas Gestión Tecnológica SUMER-SEFAR PN SSR Gerencia de Hospitales |
| ADULTA/O MAYOR | Salud Sexual Derechos Sexuales | -Desarrollo de Estrategias de IEC -Atención Integral a la mujer y al hombre: menopausia/andropausia/osteoporosis -Prevención y control cáncer ginecológico y próstata/testículos Promoción de la Ciudadanía, Derechos y Equidad de Género | Red Ambulatoria PN Oncología PN ITS/SIDA PN Salud Mental Causas Externas Gestión Tecnológica |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>Derechos Sexuales</p> <p>Violencia Intrafamiliar y Sexual</p> | <p>prostatea/testiculos</p> <p>Promoción de la Ciudadanía, Derechos y Equidad de Género</p> <p>-Prevención y Atención del Abuso Sexual y la Violencia Intrafamiliar</p> <p>-Evaluación y Monitoreo de Proyectos y servicios de Salud Sexual</p> | <p>Causas Externas</p> <p>Gestión Tecnológica SUMER-SEFAR</p> <p>PN SSR</p> |
|--|--|---|---|

Equipo Técnico del PNSSR
MSDS - Noviembre 2003



VI. ESPECIFICACIONES DE LAS AREAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR

6.1. ATENCIÓN SALUD GINECOLÓGICA

Todo establecimiento de salud de I, II y III nivel de atención debe:

1. Garantizar plenamente los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres y los hombres, incluyendo información, educación, servicios, tratamiento y tecnologías anticonceptivas integrales, oportunas y específicas, con calidad y calidez, salvaguardando su intimidad, confidencialidad, respeto y libre consentimiento, sin discriminación alguna de género, orientación sexual, necesidades especiales, riesgos sociales o privación de libertad.
2. Brindar los servicios y acciones de atención ginecológica de acuerdo al nivel de complejidad, a necesidades según género, etnias y pueblos indígenas, territorios y clases sociales en redes sociales y de salud.
3. Desarrollar actividades de educación, información y comunicación para el autocuidado y desarrollo de la autonomía en la toma de decisiones informadas y responsables referidas a su salud sexual y reproductiva y empoderamiento en la mujer con énfasis en la promoción de calidad de vida y salud, así como equidad de género.
4. Garantizar el acceso a los servicios de atención ginecológica a toda mujer en las diferentes etapas de su ciclo vital.
5. Aplicar el Programa de Oncología del MSDS, en cuanto a la prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario, según sus normas y procedimientos, el cual incluye un conjunto de recursos organizados y actividades específicas destinadas a lograr la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino, enfatizando en el diagnóstico precoz, la toma de muestras para citología en la edad de riesgo (25 – 64 años) y el tratamiento oportuno de las lesiones intra-epiteliales de ésta patología, así como, en la reducción del cáncer mamario. El equipo de salud sexual y reproductiva debe cumplir las siguientes acciones:
 - Realizar detección precoz de cáncer de Cervico uterino y mamario mediante la practica de la citología cervico uterina, examen clínico de mamas (enseñanza de la técnica del auto examen mamario).
 - Obtener muestra citológica del cervix, mediante una sola lámina según la técnica descrita en el manual de procedimientos de esta norma.
 - Realizar la prevención y control del cáncer de mamas, de acuerdo al protocolo previsto en el manual de procedimientos de esta norma.
 - Realizar campañas educativas que faciliten la participación de la comunidad, de la mujer y del hombre y en particular las actividades relacionadas con la prevención y diagnóstico oportuno. Fortalecer las acciones para contribuir a reducir la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario, a lo largo de la vida reproductiva y en la post menopausia.
 - Realizar biopsia de conducto endocervical en los casos que lo ameriten.
 - Asegurar el manejo de la paciente según lo establecido en el manual de procedimientos de esta norma para los diferentes diagnósticos histopatológicos.
 - Garantizar y promover la tecnología apropiada, de acuerdo al nivel de atención, para realizar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del cáncer cervico uterino y mamario .
 - Llevar el registro estadístico y la vigilancia epidemiológica de casos de cáncer cervico-uterino y mamario a nivel interinstitucional, local y estatal, analizarla y remitirla a las instancias competentes.
 - Promover el desarrollo de investigaciones en cáncer cervico uterino, y mamario, en el marco de la áreas prioritarias de investigación establecidas por el nivel central y las líneas que se desarrollen a nivel estatal, local e interinstitucional.
6. Aplicar el programa de ITS/VIH-SIDA para el pesquisaje y control, refiriendo a otros niveles, según el caso y de acuerdo a lo establecido en la Norma y el Manual de Procedimiento de dicho programa. El personal de Salud Sexual y Reproductiva debe cumplir las siguientes acciones:
 - Garantizar la información, educación y comunicación dirigida a la población general y a los prestadores de salud sobre la prevención y atención de las ITS/VIH-SIDA.
 - Garantizar el respeto y la defensa de los derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales promoviendo la practica de una sexualidad responsable a todas las usuarias (os), incluyendo las que viven con VIH/SIDA y otras ITS y su entorno familiar.

- Integrar la vigilancia epidemiológica de VIH/ITS en los servicios de salud sexual y reproductiva.
 - Realizar la prueba para la detección de ITS y VIH con consentimiento informado, respetando la confidencialidad, privacidad y orientación pre y postprueba.
 - Garantizar el tratamiento antiretroviral para todas las personas que resultan positivas para el VIH/SIDA y para las infecciones oportunistas, que pudieran afectar a estos pacientes, refiriéndoles al III nivel de atención.
 - Garantizar el tratamiento para todas las ITS, de forma gratuita y oportuna.
 - Implementar normas de bioseguridad y hacerlas cumplir para la prevención de la transmisión de VIH/SIDA y de las ITS.
 - Incorporar a toda persona que sufra un accidente laboral en el manejo de pacientes con VIH/SIDA al programa de post-exposición al VIH/SIDA.
 - Referir a todo paciente con diagnóstico de VIH/SIDA a consulta especializada para su evaluación y control.
 - Realizar el reporte obligatorio de todo caso de VIH/SIDA al servicio de epidemiología regional (usando la ficha de notificación) (se anexa)
 - Ofrecer apoyo psicológico a toda persona con diagnóstico de VIH/SIDA y a su entorno familiar.
 - Realizar a toda embarazada pruebas para anticuerpos anti VIH con orientación pre-post prueba (anexar resolución MSDS. No. 202 del 7/8/2000)
 - Considerar de alto riesgo e incluir en el programa de prevención de la transmisión vertical del VIH a toda embarazada seropositiva
 - Promover la Lactancia materna a través de la provisión de leche humana y los bancos de leche para las madres seropositivas.
7. Detectar, prevenir y atender los riesgos específicos que afectan la salud sexual y reproductiva y que comprometen el ejercicio sexual y la reproducción sana, placentera y segura.
 8. Brindar asesoramiento y apoyo psico-social para la toma de decisiones informadas.

6.2. ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los establecimientos de salud de I, II y III de atención deben:

1. Garantizar a toda la población el acceso a la información, comunicación, educación, asesoramiento y servicios de calidad en planificación familiar, dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con respeto a la dignidad humana y libre decisión de los individuos y parejas.
2. Garantizar acciones y servicios integrales oportunos suficientes y específicos de planificación familiar incluyendo información, educación, asesoramiento, atención, tratamiento y tecnologías anticonceptivas diversas tales como: anticoncepción de emergencia y esterilización quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía) salvaguardando la intimidad, confidencialidad, respeto, libre consentimiento, calidad y calidez, sin discriminación alguna de género, orientación sexual, necesidades especiales, riesgos sociales o privación de libertad.
3. Garantizar la capacitación permanente al equipo de salud, familias y comunidades en métodos anticonceptivos actualizadas confiables y de calidad y otros temas de salud sexual y reproductiva, a fin de promocionar la toma de decisiones libres, responsable e informadas respecto al disfrute placentero de la actividad sexual así como en número y espaciamiento de los hijos.
4. Practicar pesquisa de cáncer de cuello uterino y mamas en las consultas de planificación familiar.
5. Realizar las pruebas de VDRL y VIH previo consentimiento informado y orientación pre y post prueba a los usuarios y usuarias.
6. Referir a otros niveles de atención a los usuarios y usuarias en edad fértil, con riesgo de enfermedades genéticas y problemas de fertilidad para consultas especializadas.
7. Desarrollar campañas de información educación, comunicación y planificación familiar, orientadas a potenciar el desarrollo de autonomía y empoderamiento para el ejercicio sexual satisfactorio y la reproducción sana y sin riesgos, mediante la actuación protagónica de ciudadanos, parejas familias y comunidad.
8. Garantizar la disponibilidad y distribución suficiente y adecuada en los servicios de métodos anticonceptivos variados, incluyendo anticoncepción de emergencia, esterilización quirúrgica,

- acceso a la atención integral y asesoría sobre el uso de anticonceptivo.
9. Garantizar asesoramiento y acceso a diagnóstico y referencia de la pareja infértil.
 10. Garantizar la aplicación de los anticonceptivos inyectables en el servicio de salud, bajo prescripción médica.
 11. Realizar la distribución y seguimiento del uso de anticonceptivos por el personal de salud, (asistente social o enfermera), entregando hasta tres ciclos de anticonceptivos orales, previa evaluación (medición de peso, tensión arterial y entrevista de valoración sobre el método)
 12. Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia y abuso sexual: ofreciéndoles apoyo emocional, anticoncepción de emergencia, prevención de ITS/VIH y hepatitis B, la referencia al especialista en salud mental y a un asesor legal.
 13. Llevar los registros del sistema logístico de anticonceptivos (SILOGÍA) del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, según lo establecido en el Manual de Procedimientos.

6.3. ATENCIÓN SALUD PRECONCEPCIONAL

Todo establecimiento de salud de II y III Nivel de atención debe:

1. Planificar acciones de promoción de la salud preconcepcional dirigidas a los hombres y mujeres en edad fértil, en especial a las parejas para asegurar que las condiciones biológicas, afectivas, sociales y culturales permitan que el futuro producto de la concepción tenga un adecuado crecimiento y desarrollo y la madre mantenga un óptimo estado de salud.
2. Promocionar el ejercicio sexual responsable y seguro para evitar embarazos no deseados, especialmente en la adolescencia y en la premenopausia.
3. Brindar asesoramiento preconcepcional a la mujer, hombre ó pareja sobre los factores de riesgo sexual / reproductivo y los factores protectores.
4. Garantizar la atención ginecológica y urológica por personal calificado de acuerdo al riesgo y al nivel de complejidad del establecimiento de salud
5. Desarrollar estrategias para la atención Preconcepcional a grupos sociales dispersos ó de riesgo social.
6. Estimar y controlar el riesgo reproductivo y social preconcepcional.
7. Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías de reproducción asistida.
8. Garantizar el acceso a los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios para optimizar el embarazo, durante el período preconceptual

6.4. ATENCIÓN SALUD PRENATAL Y PERINATAL

Todo establecimiento de salud en el I, II y III Nivel de atención debe:

1. Brindar una atención integral, humanizada, con calidad y calidez a la mujer y su pareja, a lo largo de todo el proceso reproductivo
2. Realizar una evaluación de la salud bucal de la embarazada, ofreciéndole orientación, tratamiento y/ o referencia a otro nivel de atención, según lo establecido en Norma Oficial del Programa Nacional de Salud Bucal del MSDS.
3. Garantizar el suministro de medicamentos esenciales y dentro de lo posible, del soporte nutricional.
4. Captar precozmente (antes de las 13 semanas) a la embarazada, facilitando su acceso a la red de atención integral, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos y en el presente Reglamento.
5. Atender con prioridad a toda mujer embarazada en su primer contacto con el establecimiento de salud y a todo lo largo de su proceso reproductivo, independientemente de su edad gestacional y evaluarla en función del riesgo, facilitando su acceso al nivel que garantice su atención adecuada.
6. Garantizar que toda atención a la embarazada en cualquier momento que lo solicite sea

- considerada como una emergencia de alta prioridad, que no podrá ser suspendida bajo ninguna circunstancia.
7. Prevenir embarazos no deseados, prácticas abortivas de riesgo y sus consecuencias, a través de información, educación, orientación oportuna y servicios de salud accesibles incluyendo anticoncepción de emergencia.
 8. Atender de manera inmediata a toda mujer con diagnóstico de aborto para prevenir sus complicaciones, brindarle apoyo psico-social y orientación sobre anticoncepción post-aborto
 9. Brindar atención prenatal acogiéndose a lo establecido en el Manual de Procedimientos de la presente Norma.
 10. Mantener la integridad de las membranas amnióticas preferiblemente hasta el momento del parto, según lo previsto en el Manual de Procedimientos
 11. Garantizar la atención institucional del parto libre de riesgos, preservando la participación activa y protagónica de la mujer y su pareja, erradicando todo tipo de discriminación y maltrato.
 12. Garantizar la participación de la pareja u otra persona elegida por la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como parte del apoyo psico-afectivo que requiere en éste proceso.
 13. Identificar factores de riesgo de violencia doméstica, intrafamiliar y sexual, ofreciendo orientación, apoyo psico-social, tratamiento y/o referencia a otro nivel de atención según el caso.
 14. Detectar las emergencias obstétricas para su tratamiento adecuado y la referencia oportuna; con especial énfasis en los casos de pre-eclampsia y eclampsia, hemorragias e infecciones.
 15. Estimular la vinculación psico-afectiva padre-madre-hijo/hija durante el embarazo, parto y puerperio con énfasis en la promoción de la lactancia materna.
 16. Ofrecer atención a la embarazada adolescente de forma integral, específica, continua, oportuna con calidad y calidez, durante todo el proceso reproductivo, promoviendo la participación activa en su auto cuidado y el de su hijo, asumiendo lo previsto en documentos normativos “para la promoción y el desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela” (MSDS, 2003).
 17. Asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias (os), preservando la intimidad, confidencialidad, respeto y libre consentimiento basado en una información veraz y oportuna.
 18. Realizar la atención institucional del parto o referir al nivel de atención de mayor complejidad según el caso. La atención integral y adecuada exige utilizar en forma obligatoria, la historia y el carnet perinatal, la vigilancia clínica con el partograma, según lo establecido en el Manual de Procedimientos.
 19. Realizar la atención integral de la puérpera con enfoque de riesgo, vigilando su evolución, vigilando su evolución, los signos y síntomas de alarma de las patologías mas frecuentes, aplicando lo establecido en el Manual de Procedimientos.
 20. Orientar a la madre, padre y familiares cercanos acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar postparto
 21. Realizar la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas en coordinación con las disposiciones del Comité Nacional y los Comités Estadales de prevención y control de la morbilidad y mortalidad materna-infantil.
 22. Implementar el alojamiento conjunto madre-hijo, mientras permanezcan en el hospital, y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño, salvo en aquellos casos en que existan estricta contraindicación médica, en los cuales se utilizarán preferiblemente los bancos de leche humana dejando como ultima opción el uso de sucedáneos de la leche materna.
 23. Priorizar la alimentación con leche materna a través de la provisión de la misma por los Bancos de Leche Humana, en los casos que esté contraindicada la lactancia materna solo cuando existan obstáculos para este acceso se indicaran sucedáneos de la leche materna.
 24. Prestar orientación y apoyo psicosocial a la mujer, su pareja, familia y líderes comunitarios en caso de duelos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
 25. Determinar semestralmente las condiciones de eficiencia de los servicios por entidad federal, para la atención del embarazo, parto y puerperio, aplicando los instrumentos de monitoreo y evaluación explicados en el Manual de Procedimientos.
 26. Actualizar al equipo de salud sexual y reproductiva, para brindar una Atención Integral continua, de calidad y calidez, a toda mujer embarazada y su pareja, incluyendo el manejo del aborto y sus principales complicaciones, a través de un plan institucional de educación permanente.
 27. Atender el parto como un proceso fisiológico según lo establecido en el Manual de Procedimientos

de esta Norma.

28. Realizar cesárea sólo por indicación médica u obstétrica, cuando esté en peligro la vida de la madre y/o el feto
29. Proscribir la revisión endouterina de rutina, post-alumbramiento y cuando sea necesaria debe realizarse bajo anestesia.
30. Garantizar el trabajo de parto como un proceso fisiológico, limitando el uso de oxitócicos y otros medicamentos a los casos indicados en el Manual de Procedimientos.
31. Realizar la atención inmediata del recién nacido de acuerdo al Manual de Procedimientos de la presente Norma, con énfasis en la prevención del enfriamiento y las alteraciones metabólicas, garantizando las condiciones adecuadas que le permitan al niño (a) su identificación inmediata, la lactancia materna en los primeros minutos siguientes al nacimiento, la permanencia junto a su madre a tiempo completo (alojamiento conjunto), excepto cuando sea necesario separarlos por razones de salud.
32. Realizar medidas de reanimación de recién nacidos cuando el caso lo amerite según el algoritmo del Manual de Procedimientos de esta norma
33. Cumplir con los procedimientos establecidos por el nivel central para el registro estadístico y vigilancia epidemiológica
34. Registrar en la historia clínica todo tratamiento y/o procedimiento realizado a la madre y/o recién nacido/a.

6.5. ATENCIÓN SALUD CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Todo establecimiento de salud de I, II y III Nivel de atención debe:

1. Garantizar una atención integral dirigida a la mujer en la etapa de climaterio y menopausia a través de un conjunto de acciones en el área de la salud en todos los niveles de atención, de acuerdo a su capacidad resolutoria
2. Evaluar los factores de riesgo y factores protectores que puedan afectar la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia.
3. Registrar la información estadística sobre la salud de la mujer en el climaterio y la menopausia, en forma fidedigna, actualizada y oportuna para su integración a la Red Informática Nacional.
4. Desarrollar actividades de educación comunicación e información dirigidas a la mujer, pareja, familia y comunidad con énfasis en los cambios, factores de riesgo y factores protectores que puedan afectar la calidad de vida de ella durante esta etapa de su vida, con énfasis en el ejercicio responsable de su sexualidad.
5. Asegurar el acceso a la educación e información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano, manejo y/o referencia oportuna, de acuerdo a sus necesidades de atención durante el climaterio y la menopausia.
6. Realizar actividades educativas para prevenir, detectar y tratar factores de riesgo y daños relacionados con la pérdida de masa ósea en la mujer y promover factores protectores

6.6. ATENCIÓN SALUD UROLOGICA Y ANDROPAUSIA

Todo establecimiento de salud de I y III Nivel de atención debe:

1. Coordinar en articulación con otras instancias, la atención integral al varón por un personal calificado, de acuerdo al enfoque de riesgo.
2. Garantizar el acceso del varón a acciones y servicios integrales de salud sexual y reproductiva, con calidad y calidez, de acuerdo a necesidades específicas según: género, etnias y pueblo indígena, territorios y clases sociales, para promover el desarrollo de autonomía basada en la toma de decisiones libres y responsable sobre el ejercicio sexual y la procreación sana, segura y voluntaria; sin discriminación alguna de orientación sexual, personas que viven con VIH, necesidades especiales, conflicto con la ley, privación de libertad ó riesgo social

3. Desarrollar actividades de información y comunicación para el autocuidado del varón y desarrollo de la autonomía en la toma de decisiones informadas, responsables y consentidas, referidas al ejercicio sexual y procreación, con énfasis en el enfoque de género.
4. Garantizar el acceso a programas, proyectos y servicios de salud y/o orientación sexual existentes en la red social y de salud.
5. Orientar y asistir al varón que presente alguna patología de tipo sexual, ofreciéndole tratamiento adecuado y oportuno.
6. Realizar actividades educativas para detectar, prevenir y tratar factores de riesgo y daños relacionados con la pérdida de masa ósea en el varón.
7. Garantizar la detección y pesquisa oportuna y adecuada de las patologías prostáticas ofreciendo información, apoyo psicosocial y acceso a exámenes y tratamiento adecuados, según lo previsto en el manual de procedimientos.
8. Brindar asesoramiento, información, educación y servicios, incluyendo prevención y tratamiento de las ITS/VIH SIDA, oportunas, suficientes y adecuadas.
9. Realizar el manejo terapéutico según el resultado histopatológico y lo pautado en el manual de procedimientos de esta norma
10. Referir a otros niveles de atención a los usuarios que ameriten la atención especializada en urología, sexología, salud mental y orientación social.

6.7. ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

En todas las Áreas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, se incluye la atención a las distintas formas de violencia doméstica intrafamiliar y abuso sexual en la población, en consecuencia,

todo establecimiento de salud de I, II y III Nivel de atención debe:

1. Ofrecer atención integral oportuna a toda persona víctima de violencia doméstica, intrafamiliar y abuso sexual incluyendo: orientación y apoyo social, atención psicológica y psiquiátrica, atención médica, acompañamiento y/o referencia jurídica y policial, previo consentimiento informado de la víctima respetando sus derechos sexuales y reproductivos en un clima de confianza, confidencialidad y privacidad
2. Definir acciones y estrategias transectoriales de información, educación y comunicación que permitan identificar y prevenir las inequidades de género, su relación con las distintas formas de violencia y abuso sexual en la población
3. Denunciar todo caso de violencia doméstica, intrafamiliar, explotación y comercio sexual, de acuerdo a lo previsto en el marco legal vigente, como una estrategia para visibilizar y controlar el problema en la sociedad
4. Desarrollar programas comunitarios de información, educación, orientación y comunicación, en relación con el reconocimiento de las formas de violencia doméstica, intrafamiliar y abuso sexual, bajo enfoque de género y en el marco legal vigente como instrumento para la aplicación de los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos.
5. Coordinar con las redes de salud, educación, justicia y otras, acciones negociadas para enfrentar la violencia doméstica, intrafamiliar, el abuso y la explotación sexual como delitos que atentan contra los derechos de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres.
6. Capacitar a los funcionarios públicos que atienden víctimas de violencia, abuso y explotación sexual, para asegurar el trato adecuado a las personas afectadas.
7. Interactuar con programas y servicios especializados que atienden tanto a las víctimas como a los victimarios de la violencia y el abuso sexual, con el apoyo de centros académicos, ONG's e Instituciones del Estado y la comunidad, fortaleciendo el trabajo en redes.
8. Llevar el registro estadístico de los casos y situaciones de violencia y abuso sexual, con datos desagregados por edad, sexo, poblaciones indígenas, territorios social, nivel de instrucción y otras

- variables significativas en cada entidad geográfica.
9. Desarrollar actividades de investigación e intercambio de experiencias en el campo de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual, con la finalidad de obtener los conocimientos que se requieren para planificar las estrategias de promoción, prevención, atención y control a ser consideradas por las redes.
 10. Promover la articulación de redes sociales y de salud, defensorías del niño, niñas, adolescentes (según LOPNA y las "Directrices Generales para garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial" del CNDNA – Gaceta N° 37815, noviembre 2003) y mujeres (Según La Ley Orgánica contra la Violencia a la Mujer y a la Familia) que protejan a la familia de la violencia doméstica, intrafamiliar, el abuso y la explotación sexual.
 11. Promover el desarrollo y garantizar el acceso a programas de rehabilitación y apoyo psicosocial dirigidos a las víctimas, victimarios y familias involucradas en violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.
 12. Promover el desarrollo de grupos terapéuticos de apoyo para facilitar la recuperación psicosocial y el desarrollo de habilidades para la vida, a fin de superar la violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y explotación sexual.
 13. Brindar apoyo psicosocial, orientación y referencia a la atención jurídica y policial, así como garantizar el acceso a programas de protección, como las casas de abrigo para las víctimas de violencia doméstica, abuso y explotación sexual, amenazadas y en riesgo de integridad física.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrera, G. (1994). El adolescente y los problemas de aprendizaje. (Consideraciones Especiales) Caracas – Venezuela.
- Campell, A. (1986). Manual para el Análisis de la Fecundidad. OPS/OMS. Publicación Científica No. 494.1986.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1990). Tecnologías Perinatales. OPS/OMS. Publicación Científica CLAP No. 1202. Montevideo - Uruguay.
- Diez, E. y M., Fernández . Efectos de baja Dosis de Estrógenos en mujeres menopausicas. Invest. Clin 1993. Pág. 34,29-39.
- Faneite, P. (1984). Actualidades en Medicina Perinatal. Puerto Cabello – Venezuela.
- Faneite, P. (1992). Evaluación de la Salud Fetal. Puerto Cabello – Venezuela.
- Geicher N. (1989). Medicina Clínica en Obstetricia. Editorial Panamericana. Tomo I.
- Gerendas, M. y E. Sileo (1992). Embarazo en la Adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Caracas – Venezuela.
- Geusens, P (1996). Data on Livial (Tibolone). Presenten at the 1996 World Congress on Osteoporosis. May 18-23. Amsterdam - The Netherlands.
- Iffy-Kaminetzky (1986). Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Panamericana.
- Jones, H.W. y W. Burnett (1996). Tratado de Ginecología de Novak. Interamericana. Mc Graw-Hill. 11a. Edición.
- Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente (2000)., en vigencia desde el 01 de Abril de 2000. Republica de Venezuela.

Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia (1998). Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela. No. 36576, Noviembre,6. Venezuela.

López, G. Y otros (1992). Salud Reproductiva en las Américas. OPS/OMS.

López, J. y otros (1998). Programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en Adolescentes (PASAE). Clemente Editores C.A . Valencia – Venezuela.

Ministerio de la Familia (1995). Encuesta social en 1993. Un estudio del comportamiento reproductivo de las adolescentes. Caracas – Venezuela.

Ministerio de la Familia (1995). Prevención del Embarazo Precoz 1995-1998. Caracas – Venezuela.

Ministerio de Salud (1996). Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima. Dirección de Normas, Programas, Desarrollo de Servicios y participación Comunitaria. Normas Técnico Administrativas para la atención integral de la salud reproductiva de adolescentes. Perú.

National Research Council (1990). Anticoncepción y Reproducción. Consecuencia para la Salud de Mujeres y Niños en el Mundo en Desarrollo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Oficina Sanitaria Panamericana (1999). Hablemos de salud sexual. Manual para profesionales de atención primaria de salud.. Asociación Mexicana de Educación Sexual. México.

OPS/OMS-FNUAP. Guía para la atención de emergencias obstétricas en hospitales de referencia. No 5. Publicación No. PAHO/HMP/DGR-4/94,29.

OPS/OMS-FNUAP. Emergencias obstétricas. Guías para Enfermedades No. 2. Publicación No. PHO/HMP/GDR-4/94.19 Rev. 1.

OPS/OMS-FNUAP-UNICEF (2001). Manual de monitoreo y evaluación de Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes.

OPS/OMS-FNUAP-UNICEF (1997). Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Washington – USA.

Pernoll, D. y R. Benson (1989). Diagnostico y tratamiento Gineco-obstétrico. Editorial El Manual Moderno, S.A. de CV. México DF –México.

Protocolos en menopausia (1995). Editorial Mirpal. Tomo I-II. Madrid.

Quisber, L. (1995). Neonatología. Interamericana Mc. Graw-Hill. México.

Red de Población y Desarrollo Sustentable - REDPOB (1996). El Cairo Beijing. Dos conferencias que nos Comprometen. Venezuela.

Sáez, I. (1992). La salud del adolescente y la acción en la comunidad. 2da. Edición. Caracas – Venezuela.

Sáez, I. (1992). PROGRAMA PROAMA. Los Adolescentes actuando por su Salud. 2da. Edición. Caracas – Venezuela.

Sáez, I. (1992). PROGRAMA PROAMA. Sexualidad en la Adolescencia. 2da. Edición. Caracas – Venezuela.

Sáez, I. (1992). El Adolescente de Alto Riesgo y primeras causas de mortalidad. Caracas – Venezuela.

Sáez, I. y A. Armando (1994). Una Ventana hacia la atención integral de salud del adolescente. Febrero 1994. Barquisimeto – Venezuela.

Sáez, I. Y E. Sileo (1992). Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Enfermo. Caracas – Venezuela.

Schwaetz, D y G. Fescina (1995). Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latino-Americano de Perinatología. 231 ps (Publicación Científica CLAP No. 132.01). Uruguay.

Silber T. y Otros (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 20. Washington, D.C. USA.

Sileo, E. (1992). PROGRAMA PROAMA. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas – Venezuela.

Strecker, J. y Ch. Lauritzen (1989). Hormonoterapia en el Climaterio I. Monografía. Berlín – Alemania

Terán, J. y Febres-Balestrin F. Editores (1995). Menopausia.. Endocrinología ginecológica y reproducción humana. Caracas – Venezuela. Editorial Ateproca.

Zeiguer B. de (1988). Ginecología Infanto Juvenil. 2da. Edición. Editorial Médica Panamericana. Junín 831. Buenos Aires - Argentina.

INDICE TOMO III

Prólogo

Objetivos del Manual de Procedimientos

Objetivo general
Objetivos específicos
Campo de aplicación

Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva

Definición
Características
Tiempo y lugar para efectuar la asesoría

Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva en los Adolescentes

Objetivo general
Disposiciones generales
Campo de aplicación
Atención prenatal en adolescentes
Disposiciones generales para la atención de la Adolescente Embarazada
Período prenatal
Período de parto y puerperio inmediato
Período postnatal
Aplicación de tecnologías
Atención Integral en salud sexual y reproductiva para la población adolescente (no embarazada)
Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes embarazadas
Actividades a realizar por el equipo de salud durante la consulta según su competencia
Actividades a realizar por el equipo interdisciplinario según su competencia
Actividades de Educación y Promoción para la Salud de la Adolescente Embarazada y su pareja
Indicadores de evaluación

Planificación familiar

Población objeto
Cobertura
Aplicación de tecnología
Atención de la (el) usuaria (o)
Métodos anticonceptivos
Métodos hormonales orales
Métodos hormonales inyectables
Método hormonal subdérmico
Dispositivos intrauterinos
Métodos de barrera y espermaticidas
Métodos naturales o de abstinencia periódica
Anticoncepción de emergencia
Esterilización quirúrgica femenina
Esterilización quirúrgica masculina: vasectomía
Indicadores de evaluación

Salud prenatal y perinatal

Objetivo general
Objetivos específicos
Estrategias generales
Población objeto
Disposiciones generales
Principales factores de riesgo reproductivo-perinatal
Período preconcepcional

Atención prenatal
Atención del parto
Asistencia al recién nacido
Atención durante el puerperio inmediato y tardío
Control durante el puerperio inmediato y tardío
Intervención en situación de aborto
Pautas para el traslado oportuno de la madre y/o recién nacido
Indicadores de evaluación
Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas
Instrumentos técnico-administrativos para la atención perinatal

Lactancia materna

Objetivo general
Disposiciones generales
Lactancia materna, drogas y otras sustancias
Lactancia materna, precauciones y contraindicaciones
Problemas tempranos de la madre
Problemas tardíos de la madre y el niño/a
Asesoría
Indicadores

Atención ginecológica

Objetivo general
Población objeto
Cobertura
Disposiciones generales
Aplicación de tecnologías
Factores de riesgo
Actividades a realizar
Asesoría
Indicadores de evaluación

Atención de la mujer en la menopausia y climaterio

Objetivo general
Cobertura
Concentración
Rendimiento
Actividades a realizar en la primera consulta
Actividades a realizar en los controles sucesivos
Tratamiento hormonal sustitutivo
Indicadores de rendimiento

Atención al hombre en la vida adulta y adulto mayor

Objetivo general
Población objeto
Cobertura
Concentración
Rendimiento
Factores de riesgo
Actividades a realizar en la primera consulta
Actividades a realizar en la segunda consulta
Actividades a realizar en la tercera consulta
Actividades a realizar en el control anual
Indicadores de rendimiento

Disfunciones sexuales

Fase genética

Fase anatómica

Clasificación de las disfunciones sexuales

Prevención y control del cáncer ginecológico

Cáncer cervico uterino y mamario

Objetivo general

Disposiciones generales

Población objeto

Cobertura

Factores de riesgo

Disposiciones específicas

Actividades a realizar para la prevención y control del cáncer cervico uterino

Conducta frente a los diferentes reportes citológicos

Actividades a realizar para la prevención y control del cáncer de mamas

Actividades de educación para la saludCáncer de Endometrio y de Ovario

Cáncer de endometrio

Cáncer de ovario

Indicadores de evaluación

Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA

Objetivo general

Objetivos específicos

Estrategias generales

Factores de riesgo

Conducta ante las infecciones de transmisión sexual

Indicadores de evaluación

Violencia intrafamiliar y sexual

Disposiciones jurídicas

Procedimiento general en caso de violencia sexual

Recomendaciones específicas en caso de violación sexual

Manejo del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes

Señales de abuso sexual en niños y niñas

Recomendaciones al equipo de salud para la atención de la persona víctima de abuso sexual

Recomendaciones para la prevención del abuso sexual infantil y juvenil

Prevención de la violencia doméstica e intrafamiliar

Indicadores de rendimiento

Glosario

Bibliografía

PROLOGO

La salud sexual y reproductiva es un ámbito de desarrollo de la salud integral de individuos y colectivos, que está condicionada por factores de tipo social, cultural, político, económico, medio ambiente y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación y alimentación; de allí la imperiosa necesidad de concretar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social a través del Pro-grama Nacional de salud sexual y reproductiva asume la integridad de estas acciones, con un enfoque transdisciplinario y acogiendo a los preceptos establecidos en las últimas **Conferencias Internacionales como son la del Cairo en 1994 y Beijing en 1995**, donde se plantearon aspectos relacionados con la salud de la mujer, la maternidad y sus riesgos, en este marco referencial presentamos este documento: “**Manual de Procedimientos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva**”, como un instrumento que orienta la atención en los diferentes niveles y redes del sistema de salud.

I. OBJETIVOS DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Ofrecer criterios para la aplicación de procedimientos, que garanticen atención integral a toda la población, el acceso a la información, orientación y servicios de alta calidad en todos los componentes de la salud sexual y reproductiva con enfoque transdisciplinario, transectorial tomando en consideración: salud preconcepcional, prenatal, perinatal, postnatal, lactancia Materna, planificación Familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, atención ginecológica, atención a la salud sexual de la mujer climatérica y menopáusica, atención de la salud sexual y reproductiva del hombre, pesquisa de cáncer cérvico-uterino, mamario y próstata, detección y manejo de las Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, diagnóstico y manejo de las disfunciones sexuales con equidad de género con perspectiva de territorios sociales y etnias. Además garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de todos y todas, la erradicación de la violencia hacia la mujer, hombre, las niñas y los niños, el abuso y explotación sexual, la iniciación sexual temprana todo con un enfoque de riesgo para preservar su calidad de vida y salud.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Unificar los principios, criterios de operación y estrategias para la prestación de la atención integral a la salud sexual y reproductiva de la población, con énfasis en promoción de calidad de vida y salud, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por ciclo de vida y enfoque de género. El personal de salud debe garantizar la orientación, educación y canalizar la conformación de la identidad sexual de la población infantil en los diferentes niveles de respuesta.
- Crear espacios con una visión transectorial, transinstitucional, con estrategias IEC (información, educación y comunicación) para el abordaje de la salud

sexual y reproductiva de los y las adolescentes haciendo énfasis en la iniciación sexual y en la conducta sexual responsable.

- Garantizar el diagnóstico presuntivo de patologías urogenitales en la infancia y disfunciones sexuales en los y las adolescentes, hombres, mujeres adultos y de la tercera edad; asegurando la referencia oportuna a los especialistas del área.
- Establecer y estandarizar a nivel nacional los criterios para atender y vigilar la salud sexual y reproductiva de la mujer, en el período preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención de los recién nacidos. El personal de salud garantizará a toda la población con estrategias en IEC los derechos sexuales y reproductivos; además de servicios de alta calidad en Planificación Familiar.
- Unificar un conjunto de acciones en atención ginecológica y salud sexual y reproductiva dirigidas a la mujer no gestante, orientadas hacia la protección integral de su salud en las diferentes etapas de su vida.
- Garantizar una atención integral de salud dirigida a la mujer en la etapa climatérica y menopáusica con un enfoque transdisciplinario y proactivo, elevando su calidad de vida y previniendo las complicaciones propias de la menopausia.
- Colaborar con las instancias normativas en la reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer cérvico-uterino, mamario, endometrio y ovario, mediante la prevención, la detección temprana, el tratamiento adecuado y referencia oportuna.
- Unificar criterios para la atención integral en salud sexual y reproductiva del hombre, en todo su ciclo de vida, con énfasis en identidad sexual, prevención del abuso sexual, iniciación sexual, paternidad responsable, conductas sexuales de riesgo, disfunciones sexuales, la prevención de cáncer de próstata y disfunción eréctil durante la andropausia.
- Unificar los principios y criterios en los servicios de salud sexual y reproductiva, relacionados con la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, en la población general. Establecer y garantizar conjuntamente con la red promocional de calidad de vida estrategias en: IEC sobre equidad de género, protección y prevención de la violencia, abuso y explotación sexual, así como la atención y calidad de vida en salud sexual y reproductiva a las víctimas de la violencia, el abuso y explotación sexual.

1.3. CAMPO DE APLICACION

El presente Manual es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de Salud de todos los establecimientos públicos y privados que brindan atención en salud sexual y reproductiva a niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres (según lo establecido en Decreto Ministerial No 364 en Gaceta Oficial No 37 705 del 05/06/2003)

II. ASESORÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1. DEFINICION

La asesoría en Salud Sexual y Reproductiva es un proceso de análisis y comunicación personal, entre la o el prestador de servicio y usuaria (o) potencial y activo, mediante el cual se ofrecen al solicitante, elementos que le ayuden a la toma de decisión voluntaria, consciente e informada acerca de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida, entre otras: decidir su preferencia sexual, selección de pareja, seleccionar el o los métodos anticonceptivos más adecuados a sus necesidades individuales y asegurar el uso correcto y satisfactorio por el tiempo que desee la protección; además de indicar métodos de protección y prevención del VIH/SIDA y otras ITS. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia a unidades médicas en caso necesario.

2.2 CARACTERISTICAS

- La asesoría debe ser adecuada a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, ciclo de vida y territorios sociales, para esclarecer las dudas que pudieran tener en salud sexual y reproductiva.
- La asesoría toma en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de las y los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo o en cualquier otro ámbito de la salud sexual y reproductiva La asesoría debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:
 - Las y los adolescentes.
 - Usuarias y usuarios que solicitan información con relación a: iniciación sexual, conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y/o no planificados, proyecto de vida, métodos anticonceptivos, información sobre el VIH/ SIDA y otras ITS.
- Individuos que presentan limitaciones físicas, psíquicas, que puedan afectar su salud sexual y reproductiva limitando su calidad de vida y su capacidad de decisión.
- Post eventos obstétricos, post eventos traumáticos (psiquiátricos y neurológicos)
- Hombres que soliciten información, orientación y apoyo educativo relacionado con sus inquietudes y necesidades en salud sexual y reproductiva.
- Debe ser ofrecida por un equipo interdisciplinario, que incluya promotores debidamente capacitados y en el caso de asesoría dirigida a adolescentes, se debe enfatizar en la participación protagónica de los propios adolescentes.

2.3. TIEMPO Y LUGAR PARA EFECTUAR LA ASESORIA

Puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario o la usuaria potencial haga al servicio y puede llevarse a cabo en albergues, ambulatorios y hospitales, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios y las usuarias potenciales y activos. Debe tenerse especial interés en proporcionar asesoría individual y de pareja a las y los adolescentes, en situación de riesgo de violencia, abuso y explotación sexual, infección por VIH/SIDA, y otras ITS, durante el periodo prenatal, posparto, postcesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional. Además se prestará orientación sobre la preservación de la función sexual.

Siguiendo el método de “acceda” propuesto por la revista

“population reports” Los seis pasos para una asesoría exitosa son los siguientes:

ATIENDA a la usuaria o al usuario con amabilidad, comodidad, respeto y privacidad. Preséntese e invítela (o) a decir su nombre. Ofrezca confidencialidad. No haga comentarios de las usuarias o usuarios delante de otras personas. Archive los registros y no permita que otras personas no autorizadas tengan acceso al expediente. **CONVERSE** agradable y sencillamente con la usuaria o el usuario evitando que responda con monosílabos, haga preguntas abiertas, tales como: ¿Qué sabe de salud sexual y reproductiva, sexualidad, planificación familiar? ¿Cómo se siente con relación a estos temas? ¿Tiene hijos?, ¿Cuántos? ¿Cuántos hijos desean tener? ¿Qué método tiene pensado usar o cuál está usando? ¿Qué conoce de violencia familiar o de violencia sexual? ¿Qué piensa de la participación de la pareja?. Aliente a la usuaria o al usuario a participar con preguntas o dudas relacionadas al tema. Estimule su participación. **COMUNIQUE** a la usuaria o usuario de forma clara y sencilla, la información acerca de la salud sexual y reproductiva y los métodos de planificación familiar, de manera que puedan decidir cual de ellos satisfaga mejor sus necesidades. Debe incluir información sobre género, violencia y abuso sexual, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, cáncer cérvico uterino, mamario, endometrio, ovario y prostático. **ELECCION** del método anticonceptivo apropiado para la usuaria o usuario. En caso de que el método elegido no sea el apropiado, por sus condiciones físicas

o de salud, se le debe explicar y ayudar a elegir otro método. La decisión final debe ser tomada por la o el usuario una vez recibida y comprendida la información. **DESCRIPCION** detallada del uso del método anticonceptivo elegido por la usuaria, del tratamiento indicado o de las recomendaciones indicadas. **ACUERDE** visitas de seguimiento basadas en las indicaciones, al método anticonceptivo seleccionado y las necesidades de la o el usuario

Esta tecnología es recomendable utilizarla para cualquier usuario o usuaria que acceda a los servicios de salud sexual y reproductiva.

III. ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES

La sexualidad humana es una dimensión de la personalidad que permite la expresión integral como seres sexuados, que está vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Se desarrolla a lo largo del ciclo vital en etapas con expresiones y necesidades distintas desde la concepción hasta la muerte; constituye un todo con la vida misma y cobra gran significación en la adolescencia. En consecuencia se vincula muy estrechamente con la forma de vida de los y las adolescentes y con la pubertad y la condición de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas del ciclo vital.

La atención integral de los y las adolescentes debe incluir información, comunicación y educación acerca del ejercicio responsable de la sexualidad y reproducción, derechos sexuales y reproductivos, así como factores de riesgo y de protección de ITS- VIH/SIDA, violencia y abuso sexual, mediante acciones de educación convencional y no convencional.

Las acciones deben estar dirigidas a promover el desarrollo personal, el mejoramiento de su salud sexual, reducir los embarazos a estas edades y a disminuir los factores de riesgo, de tal manera que los y las adolescentes tomen conciencia de sus potencialidades y capacidades para el autocuidado de su salud y la promoción de su desarrollo. Debe destacarse la importancia del desarrollo pleno de la sexualidad para la salud integral, el ajuste emocional, las relaciones interpersonales y de pareja.

A los adolescentes iniciados sexualmente se les debe garantizar la orientación y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la distribución de anticonceptivos. En caso de embarazo, los servicios de salud sexual y reproductiva deben ofrecer a los y las adolescentes, oportunidades de atención integral a lo largo del proceso reproductivo, garantizándoles oportunidades de aprendizaje para la participación protagónica en el rol materno y paterno, con énfasis en su autocuidado y en el de su hijo(a).

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Unificar estrategias para la prestación de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, con énfasis en la promoción de la calidad de vida y salud, garantizándoles su crecimiento y desarrollo biopsicosocial en forma adecuada con el propósito de reducir la morbimortalidad en este grupo poblacional.

3.2. DISPOSICIONES GENERALES.

- Todo establecimiento de salud de I, II y III nivel de atención, debe brindar atención integral por personal capacitado en salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes, según lo establecido en los reglamentos técnicos específicos. En función de la prioridad en esta área, los equipos de salud de todos los niveles y las coordinaciones vigilarán la atención de problemas como embarazo en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/ SIDA, violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y explotación sexual y el aborto en condiciones de riesgo.
- Las acciones que se establecen a continuación son de alta prioridad para la política de atención de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes:
- Garantizar plenamente los derechos a la atención a la salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes, incluyendo información, educación, servicios y tratamientos en forma integral, oportuna y específica, con calidad y con cali-dez, salvaguardando su intimidad, confidencialidad, respeto y libre consentimiento, sin discriminación alguna de género, orientación sexual, necesidades especiales, conflicto con la ley o riesgo social.
- Prevenir los embarazos sucesivos a través de desarrollo de programas que suministren habilidades para la vida, de autocuidado y de competencia social, desarrollo de análisis crítico con respecto a su situación de calidad de vida, además de asegurar el acceso a tecnologías anticonceptivas en los Servicios de Planificación Familiar.
- Crear espacios en los Servicios de salud sexual y reproductiva para la atención de la adolescente embarazada, motivando e incorporando la participación del varón y la atención por un equipo interdisciplinario que garantice un cuidado integral para llevar a término el embarazo con las menores complicaciones para la madre y el niño (a), no solo desde el punto de vista médico sino psicológico y social, donde se contemple orientación a la joven, a la pareja y a la familia
- Detectar y tratar oportunamente las enfermedades hereditarias o adquiridas, las alteraciones de la maduración y el desarrollo, los accidentes y traumas que comprometan el desarrollo pleno de la sexualidad en la adolescencia, incluyendo ejercicio sexual y procreación satisfactoria y sin riesgos.
- Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, incluyendo factores de riesgo y protectores para la salud y desarrollo, dirigidos a adolescentes, así como a sus familias y comunidad, para contribuir a un ejercicio sexual y maternidad/

paternidad responsable, voluntaria, sano y sin riesgos, de acuerdo a necesidades según género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales.

- Prevenir al aborto en condiciones de riesgo y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, atención médica y autocuidado, tanto a las adolescentes como a su familia.
- Brindar asesoramiento, información, educación y servicios, incluyendo prevención y tratamiento de las ITS-VIH/SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, suficientes y adecuadas a los y las adolescentes sexualmente activos.
- Garantizar la detección, prevención y atención oportuna del abuso y la explotación sexual en la adolescencia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica, anticoncepción y orientación legal, con énfasis en los grupos de riesgo social
- Garantizar el acceso a programas de rehabilitación a las y los adolescentes involucrados en situaciones de violencia doméstica y sexual.
- Realizar diagnóstico precoz y atención oportuna de trastornos psicoemocionales, depresiones y suicidios en adolescentes por causas asociadas a problemas en áreas de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar la participación protagónica de las y los adolescentes tanto en la planificación como en la ejecución de proyectos y acciones de promoción de su salud sexual y reproductiva.
- Garantizar el asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad a través de escuelas para padres y habilidades para la vida, según necesidades de acuerdo a género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales.
- Desarrollar las actividades de educación sexual formal y no formal, dirigidas a adolescentes, familia y comunidad, según necesidades y enfoques transversales, en coordinación con las redes educativas,

sociales y de salud.

3.3. CAMPO DE APLICACION.

El campo de aplicación de este Manual lo constituyen los Servicios de Salud Públicos y Privados y regula la prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que se brindan en los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y es de obligatorio cumplimiento.

3.3.1. Atención prenatal en adolescentes.

Población objeto.

La población objeto del Programa son las adolescentes embarazadas entre los 10- 19 años, que se divide según la fase del proceso evolutivo puberal y psicosocial en los 3 subgrupos.

- Población 10 a 13 años: Adolescencia temprana
- Población 14 a 16 años: Adolescencia media
- Población 17 a 19 años: Adolescencia tardía

Cobertura.

Se atenderá de acuerdo a las realidades epidemiológicas y a los recursos disponibles, se sugiere:

- Consulta Prenatal = 60% en instituciones públicas
- Atención del Parto Institucional = 100%.

Factores de riesgo Factores de Riesgo Biológico:

- Menarquia temprana.
- Actividad coital temprana.
- Relaciones sexuales de 3 o más parejas en un año.
- Aborto.
- Embarazos anteriores
- Período intergenésico corto.
- Adolescentes con necesidades especiales.

Factores de Riesgo Psicosociales:

- Embarazos anteriores.
- Ser hija o hermana de madre adolescente.
- Abuso sexual, maltrato y violencia doméstica.
- Baja autoestima.
- Ausencia de un proyecto de vida.
- Prostitución infantil y de adolescente.
- Aislamiento.
- Exaltación de la Maternidad como única vía de realización de la mujer.
- Situación Familiar conflictiva.
- Conductas Psicológicas inapropiadas.
- Tendencia suicida.
- Conducta delictiva.
- Conducta Agresiva.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.

- Uso y abuso de drogas.
- Pobreza.
- Analfabetismo.
- Bajo nivel educativo.
- Hacinamiento y promiscuidad en el ámbito familiar.
- Desconocimiento y bajo acceso a los métodos preventivos de las ITS-VIH/ SIDA y del embarazo.
- Poca disponibilidad y acceso de los (as) adolescentes a los servicios de Atención Integral incluyendo la salud sexual y reproductiva
- Exclusión social del adolescente (carencia de oportunidades educativas, laborales y recreativas).
- Prostitución infantil y del adolescente.
- Alto grado de influencia de los medios de comunicación social en la degradación de la sexualidad, la pornografía y a exaltación del erotismo.

3.4. DISPOSICIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN

DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

3.4.1. Período prenatal: Se extiende durante todo el embarazo y termina con el parto.

Actividades

- Proporcionar atención Integral diferenciada por personal capacitado y aplicando enfoque de riesgo. La consulta de embarazadas adolescentes debe ser en horario, día y/o ambiente distinto al de la consulta general de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud y de los recursos disponibles.
 - Brindar orientación y asesoría desde la primera consulta y referir a las otras especialidades según el caso.
 - Realizar detección precoz, tratamiento y referencia oportuna de cualquier patología agregada.
 - Efectuar un estudio social completo, detectando, manejando y derivando los problemas según su complejidad.
 - Suministrar información y educación para la salud al 100% de las adolescentes en control, así como a su pareja y grupo familiar de ser posible, capacitándoles en cursos de educación prenatal que incluye los siguientes aspectos:
 - Brindar información sobre el embarazo el parto, nacimiento y puerperio.
 - Promover y/o fortalecer la vinculación afectiva madre- hijo-hija- padre y la estimulación intrauterina
 - Promover el auto cuidado del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido
 - Estimular desde el embarazo la lactancia materna
 - Ofrecer talleres de educación sexual, aspectos psicoemocionales del embarazo y el parto, educación de los hijos, nutrición y otros.
 - Ofrecer técnicas de preparación para responder a las necesidades psicoprofilácticas del embarazo y el parto (Gimnasia prenatal, respiraciones, relajación, esfuerzo expulsivo, higiene postural) que contribuyan al bienestar integral de embarazada y su pareja.
 - Diseñar actividades para que el padre pueda definir su espacio dentro del proceso reproductivo así como plantear sus inquietudes y necesidades y asumir la paternidad de una manera más conciente y participativa.
 - Ofrecer información sobre autoestima y crecimiento personal
 - Ofrecer información sobre nutrición.
 - Ofrecer conocimientos sobre sus derechos y promover su exigencia.
 - Fomentar el apoyo familiar para promover conductas y actitudes positivas hacia los y las adolescentes que esperan un (a) hijo (a).
 - Promover la utilización de metodologías participativas durante las sesiones educativas de las adolescentes embarazadas tales como: juegos educativos, sociodramas, lluvias de ideas, discusiones grupales, collage y cualquier otra metodología según la creatividad del personal.
 - Facilitar la interacción de las adolescentes en la sala de espera.
 - Hospitalizar aquellas adolescentes embarazadas cuyo riesgo o factor intercurrentes así lo requieran

asegurándoles un control y seguimiento adecuado, mientras dure su hospitalización.

- Mantener coordinación con servicios de riesgo obstétrico que atienden a las adolescentes.

3.4.2. Período de parto y puerperio inmediato:

Se extiende desde el inicio del trabajo de parto y termina con el post parto hasta las primeras 24 horas.

Actividades

- Atender a la adolescente durante el parto considerando el protocolo obstétrico, y los principios del parto humanizado (DESCRITO EN EL CAPITULO V) incorporando a otros miembros del equipo de salud bien entrenados para orientarla y apoyarla durante el trabajo de parto.
- Fomentar el apego precoz.
- Suministrar apoyo, información y educación para la salud a las adolescentes y sus parejas en lactancia materna, cuidado de mamas y región perianal y cuidados generales de neonatos.
- Ofrecer asesoría legal en los casos de rechazo o decisión de dar en adopción a su hijo(a).
- Alojarse conjuntamente la madre y el niño promoviendo la visita temprana del padre del niño.

3.4.3. Período postnatal:

Este período comienza al finalizar el embarazo, hasta 56 días posparto.

- Primer control: En la Primera Semana
- Segundo Control: En la Segunda Semana
- Tercer Control: En la Tercera Semana
- Cuarto Control: En la Cuarta Semana

Actividades

- Examen físico integral que incluya: estado emocional, control de signos vitales, evaluación de mamas, involución uterina, característica de los loquios, estado de episiorrafia, detección precoz de complicaciones(endometritis, mastitis, dehiscencia de episiorrafia, absceso de pared abdominal en caso de cesárea, depresión postparto)
- Ofrecer asesoría en Lactancia Materna a las adolescentes, su pareja y a su grupo familiar promoviendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
- Brindar información y orientación oportuna y proveer de métodos de Planificación Familiar a las adolescentes y su pareja.

3.5. APLICACION DE TECNOLOGÍAS

3.5.1. Atención Integral en salud sexual y reproductiva para la población adolescente (no embarazada).

Concentración:

Bajo Riesgo: 2 Consultas al año por adolescente. Alto Riesgo: El número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Rendimiento:

- Bajo Riesgo: Deben ser tres consultas por hora-médico de contratación. La relación debe ser una (1) de primera por dos usuarias de Control.
- Alto Riesgo: 2 consultas por hora-médico de contratación. La relación debe ser una (1) de primera y una (1) de control.

3.5.2. Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes embarazadas.

Concentración:

- Bajo Riesgo: Mínimo 6 Consultas.
- Alto Riesgo: El número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Rendimiento:

- Bajo Riesgo: Deben ser tres consultas por hora-médico de contratación. La relación debe ser una (1) de primera por dos usuarios (as) de Control.
- Alto Riesgo: 2 consultas por hora-medico de contratación. La relación debe ser una (1) de primera y 1 de control.

3.5.3. Actividades a realizar por el equipo de salud durante la consulta según su competencia:

- Registro de datos en la historia clínica haciendo énfasis en embarazo, pareja, situación familiar y educativa, uso del tiempo libre y cualquier otra información que el equipo de salud considere de interés según los casos que atiende.
- Actividades de educación para la salud.
- Toma de muestra para citología de acuerdo a factores de riesgo.
- Todas las actividades tanto de la consulta de primera vez como las sucesivas según el cronograma de control prenatal
- Referencia al equipo interdisciplinario (salud y/o otros) de ser necesario
- Debe incluirse la atención psicosocial
- Establecer redes locales para la atención de la adolescente

Se debe realizar asesoría a los y las adolescentes, por parte de un equipo capacitado interdisciplinario, en aspectos relacionados con:

- Sexualidad
 - Anticoncepción
 - Proyectos de vida, prevención de VIH/SIDA y otras ITS
- Información sobre derechos sociales y jurídicos, según normativa vigente (LOPNA)

3.5.4. Actividades a realizar por el equipo interdisciplinario según su competencia:

- Estudio Socioeconómico.
- Entrevista y evaluación orientada por área de problema.
- Visita Domiciliaria.
- Orientación hacia el uso adecuado del tiempo libre.
- Referencias necesarias.
- Educación para la Salud y la vida
- Evaluación de las orientaciones indicadas a las (os) adolescentes que asistieron a las consultas.
- Asignación de Cita control.

3.5.5. Actividades de Educación y Promoción para la Salud de la Adolescente Embarazada y su pareja:

Esta actividad y/o la promoción social deben ser realizadas de manera general por equipo interdisciplinario de salud capacitado, según las necesidades evidenciadas durante la consulta prenatal.

Es conveniente organizar sesiones educativas donde se reúnen las adolescentes, su pareja o adulto significativo, en grupos entre 10 a 15 participantes y la enfermera, educadora, trabajador (a) social, promotor de la salud o cualquier otro miembro del equipo de salud debidamente entrenado. De acuerdo con sus potencialidades, deberán desarrollar semanalmente actividades educativas utilizando metodologías participativas tales como: juegos educativos, sociodramas, lluvia de ideas, collage, diversiones grupales y cualquier otra según la creatividad del facilitador que permita el intercambio de conocimiento y experiencia entre las adolescentes, su pareja o acompañante, tendientes a fortalecer conductas para la protección de su salud o modificar conductas de riesgo.

A tal efecto se sugiere que el equipo de salud reciba un entrenamiento que le permita desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de grupos durante las sesiones educativas así como en relación con las metodologías que se podrían utilizar durante la misma.

Los Temas sugeridos para ser desarrollados durante las sesiones educativas son los siguientes:

- Autoestima y desarrollo personal.
- Importancia del control prenatal.
- Fisiología y anatomía de los órganos reproductivos.
- Sexualidad: anatomía, fisiología sexual, iniciación sexual, conductas sexuales sin riesgo, disfunciones sexuales.
- Nutrición

- Características de la adolescencia, metas y aptitudes más comunes.
- Cambios físicos durante el embarazo y medidas para aliviar los síntomas más comunes.
- Proceso de vinculación afectiva.
- Elaboración de ropa para el recién nacido.
- Lactancia Materna.
- Técnicas de estimulación fetal e infantil.
- Etapas de trabajo de parto características.
- Método Psicofiláctico para el parto.
- Comportamiento de la pareja durante el trabajo de parto.
- Características y cuidados de recién nacido.
- Autocuidado post-parto.
- Derecho adolescente y leyes de protección a la maternidad y a la familia.
- Métodos anticonceptivos.
- Comunicación pareja-familia.

3.6. INDICADORES DE EVALUACION

Calidad.

- Grado de satisfacción de las y los usuarios.
- Grado de satisfacción del equipo de salud.
- Grado de satisfacción de la comunidad.

Proceso.

- Porcentaje y número de personal de salud capacitado en la Atención Integral de Salud del adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- Porcentaje y número de establecimientos de salud sexual y reproductiva que son supervisados regularmente.
- Porcentaje y número de establecimientos de salud con suministros adecuados para la atención integral de salud sexual y reproductiva de los (as) adolescentes.
- Número de Cursos de capacitación en atención integral a adolescentes embarazadas con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Producción:

- Número de adolescentes en control prenatal.
 - Número de adolescentes atendidos con ITS/VIH/SIDA.
 - Número de adolescentes usuarios de métodos anticonceptivos
 - Número de visitas domiciliarias a adolescentes embarazadas.
 - Número de sesiones educativas en salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes, padres y familia.
 - Número de grupos de adolescentes organizados e incorporados al programa de salud sexual y reproductiva.
 - Cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva a los (as) adolescentes.
-
- Numero de adolescentes atendidas en la consulta de orientación y atención en salud sexual y reproductiva
 - Otros según necesidades de los servicios

Impacto:

- Porcentaje Embarazo adolescente y segundo parto en adolescentes.
- Porcentaje aborto en adolescentes.
- Morbilidad adolescente asociada a evento obstétrico.
- Tasa mortalidad adolescente asociada a evento obstétrico.
- Uso de métodos anticonceptivos en las y los adolescentes.
- Deserción escolar asociada a problemas de salud sexual y reproductiva.
- Reinserción escolar en adolescentes con antecedentes de embarazo, parto

o aborto.

- Tasa de lactancia materna exclusiva en hijos de madres adolescentes.
- Prematuridad y bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes.
- Adolescentes infectados por VIH/SIDA y otras ITS.
- Adolescentes que han sido objeto de abuso sexual.
- Adolescentes con disfunción sexual

Algunos de estos indicadores pueden ser obtenidos a través de estudios operativos de impacto, registros formales, encuestas de salud e informes de supervisión y evaluación.

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

Planificación Familiar constituye un conjunto de acciones dirigidas a garantizar a toda la Población el acceso a la información, orientación y servicio de alta calidad en Planificación Familiar bajo el concepto Integral de Salud Sexual y Reproductiva, con respeto a la dignidad humana y libre decisión de los individuos y las parejas.

4.1. POBLACION OBJETO

Esta conformada por toda persona o pareja en edad reproductiva:

- Mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo (10 - 49 años)
- Adolescentes con vida sexual activa.
- Población masculina en edad reproductiva.

4.2. COBERTURA

El Programa se plantea cubrir el 30% de las Mujeres en Edad Fértil con Riesgo de Embarazo (MEFRE).

Captar el 10% de la población adolescente menor de 14 años, la población masculina del país y las parejas infértiles e ir aumentando el 10% anual hasta alcanzar el 60%.

4.3. APLICACION DE TECNOLOGIA

Concentración por Consulta / año.

Número de consultas por usuaria (o) año (250 días hábiles):

- Bajo Riesgo: Dos Consultas por año, el primer año y una Consulta anual en los siguientes controles.
- Alto Riesgo: Las Consultas necesarias de acuerdo al método de asistencia seleccionado y al tipo de complicaciones que presente la usuaria.

Rendimiento.

Usuaris por hora / médico: cinco (5), distribuidos en:

- Nuevas usuarias: dos (2)
- Sucesivas: tres (3)

4.4. ATENCIÓN A LA (EL) USUARIA (O)

Primera Consulta:

- Preclínica y toma de signos vitales.
- Entrevista médica.
- Registro de datos en la Historia Clínica.
- Valoración del riesgo reproductivo.
- Asesoría que garantice selección informada de un método específico.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicación sobre el uso.
- Examen físico integral con énfasis en mamas y área ginecológica de acuerdo al nivel de complejidad.
- Toma de Citología.
- Indicación y/o aplicación de método anticonceptivo según aceptación informada de la usuaria.
- Aplicación de toxoide tetánico.
- Solicitud de exámenes complementarios.
- Asignación de cita control, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- Referencia oportuna.
- Localización y promoción de la reincorporación de usuarias(os) inasistentes al control periódico.

Controles Sucesivos.

Se fijan al cumplirse el 1er. mes de la 1ra. Consulta y para los 6 meses de iniciado el método anticonceptivo después de la primera consulta, los siguientes controles se fijan anuales. Las actividades serán igual a las descritas en el primer control, a las que se agrega el suministro de gestágenos orales, o métodos de barrera a las (os) usuarias (os) de este grupo, según el caso.

Control anual.

Evaluación igual a la primera Consulta.

4.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los Métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan con el fin de evitar embarazos no deseados en forma temporal o permanente.

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, son los siguientes:

- **Temporales:**
- Hormonales Orales.
- Hormonales inyectables.
- Hormonales subdérmicos.
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- De barrera y espermicidas.
- Naturales o de abstinencia periódica.
- Anticoncepción de emergencia

-Permanentes:

- Esterilización quirúrgica femenina.
- Esterilización quirúrgica masculina: Vasectomía

4.5.1. Métodos hormonales orales.

Se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina.
- Los que contienen solo progestina.

Hormonales orales combinados que contienen estrógeno y progestágenos.

Formulación.

Estrógeno sintético: etinil estradiol (15-50 mg) o mestranol (50-100 mg) La dosis diaria no debe exceder de 35 mg de etinil estradiol o de 50 mg de mestranol.

Progestina sintética: derivadas de la 19 - Nortestosterona como son noretisterona (400 mg - 1 mg), norgestrel (300-500 mg), levonorgestrel (50-250 mg), gestodeno (60-75 mg), norgestimato (250 mg) y desogestrel (150 mg),

o derivados de la 17 - Hidroxiprogesterona como son acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Presentación.

Existen tres tipos de presentaciones:

- **MONOFASICOS:** Los que contienen dosis constantes de estrógeno y de progestágenos en cada una de las grageas. Se presentan en cajas de 21 grageas. Algunas presentaciones incluyen siete grageas adicionales que no contienen hormonas, sino solo hierro o lactosa y más recientemente existen en el mercado presentaciones de 24 grageas con hormonas combinadas y 4 grageas adicionales que no tienen ningún principio activo, resultando ciclos de 28 grageas para administración ininterrumpida.
- **TRIFASICOS:** Los que contienen dosis variables de estrógeno y de progestágeno en las grageas

que se administran dentro del ciclo de 21 días, incluyen grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.

- **SECUENCIALES:** Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis grageas con dosis fijas de estrógeno más progestágenos sintéticos; no se recomienda su uso como anticonceptivo.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

Indicaciones.

Para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, Nulípara o Multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo íter genésico
- En el postaborto inmediato.
- En el posparto o postcesarea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones.

- Lactancia Materna en los primeros seis (6) meses postparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer cérvico uterino o mamario o cualquier otro tumor hormonodependiente.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración prolongada de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de Administración.

• Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco (5) días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día, en este caso debe usarse un método de barrera durante los primeros siete (7) días de la administración del método.

- En las presentaciones de 21 grageas, se ingiere una diaria por 21 días consecutivos, seguidos de siete (7) días sin medicación. Al concluir los siete (7) días se inician los ciclos subsecuentes, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 grageas, se ingieren las grageas que contienen hormonas en 21 días

consecutivos, seguido de siete (7) días donde se toman las grageas que contienen hierro o lactosa o las que contienen hormonas en 24 días consecutivos seguidos de cuatro días (4) donde se toman las grageas que no contienen ningún principio activo. Al concluir cada ciclo se inicia el siguiente, ininterrumpidamente, independientemente del sangrado menstrual.

- Los Gestágenos Orales (GO) combinados deben suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad e iniciarse dos semanas después.

Duración de la protección anticonceptiva.

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

Efectos Colaterales.

En ocasiones se pueden presentar:

- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Mareos
- Cloasma
- Mastalgias
- Manchado intermenstrual (spotting)

Conducta a seguir en cada caso de presentarse efectos colaterales.

- En caso de sintomatología leve, reforzar la asesoría y recomendar la continuación del método, ya que generalmente es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.
- En caso de presentarse alguna de las siguientes situaciones, suspender el método usado, reforzar asesoría y ofrecer cambio de método:
 - Sospecha de embarazo.
 - Ictericia
 - Intensa cefalea.
 - Alteraciones visuales
 - Disnea
 - Dolor torácico.
 - Dolor en miembros inferiores
 - Persistencia de efectos colaterales más allá de seis (6) meses.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- En caso de olvido de una gragea, tomar dos grageas al día siguiente y continuar.
- En caso de olvido de dos grageas consecutivas ingerir dos grageas los dos (2) días siguientes y adicionar un método de barrera por siete (7) días siguientes y continuar el resto de las grageas.
- En caso de olvido de tres (3) grageas consecutivas, suspender su ingesta y utilizar un método de barrera el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de un nuevo blister en el siguiente ciclo menstrual.
- La diarrea y el vómito pueden interferir con la efectividad de las grageas. En esos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

Seguimiento de la usuaria.

Se efectuará una visita inicial al mes de iniciado el método y posteriormente cada año.

En cada visita se reforzará en la asesoría, el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las grageas.

En cada consulta sucesiva se debe entregar un ciclo por mes, pudiéndose entregar hasta tres (3) ciclos de grageas, esto dependerá de la disponibilidad del método, logística y accesibilidad de la usuaria al centro de salud.

Hormonales Orales que contienen Progestágenos.

Formulación.

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linesternol 0,5 mg y levonorgestrel 35 mg, dexogestrel (no contienen estrógenos)

Presentación.

Cajas que contienen 35 ó 21 grageas.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

Indicaciones.

Las mismas indicaciones de los Gestágenos Orales Combinados (GO), incluso cuando estén contraindicados los estrógenos y en el posparto o postcesárea, si no está lactando a las tres semanas y si lo está a las seis semanas.

Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

Forma de Administración.

- El primer ciclo debe iniciarse el primer día de la menstruación. Se ingiere una gragea diaria durante 28 días ó 35 días incluso durante la menstruación.
- Al concluir se inicia el ciclo siguiente.
- Deben tomarse a la misma hora del día, debido a su mejor efectividad anticonceptiva.
- En la mujer puérpera que esté amamantando se debe iniciar después de la sexta semana, independientemente de la presencia o no de la menstruación. Si no está lactando se puede iniciar después de la tercera semana post parto. Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

Duración de la protección anticonceptiva.

Esta limitada al día que se ingiere la gragea. Al omitir una o más grageas el método no es efectivo.

Efectos colaterales. En ocasiones se puede presentar:

- Cefalea.
- Mastalgia.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

- En caso de amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la gragea se debe descartar embarazo.
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la asesoría y recomendar continuar con el uso del método.
- Suspender el método si se confirma embarazo o hay intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- En caso de olvido de una o varias tabletas, se debe adicionar un método de barrera, descartar embarazo y luego reiniciar un nuevo ciclo o método si la usuaria lo desea.
- La diarrea y el vómito pueden interferir la efectividad del método. En estos casos, se debe recomendar adicionar un método de barrera.

Seguimiento de la usuaria.

Los controles sucesivos se realizan igual a los anticonceptivos hormonales orales combinados.

4.5.2. Métodos hormonales inyectables.

Al igual que los métodos hormonales orales se dividen en dos grupos:

- Los Combinados de estrógenos y progestágenos.
- Los que contienen solo progestágenos.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.

Formulación.

- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg) Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.
- Además contienen una de las siguientes progestágenos sintéticos: Esterificados derivados de la 19-Nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivados de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg)

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones: Son las mismas de los anticonceptivos orales combinados y se utilizan en mujeres que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable.

Contraindicaciones: Son las mismas de los anticonceptivos orales combinados y se utilizan en mujeres que deseen un

método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable.

Precauciones: Son las mismas de los anticonceptivos orales combinados y se utilizan en mujeres que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable.

Forma de Administración.

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco (5) días después de iniciada la menstruación. También en cualquier momento, si hay la seguridad razonable de la no presencia de un embarazo. Si se aplica después del quinto día del ciclo menstrual se recomienda adicionar un método de barrera, los primeros siete (7) días de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30+/-3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- En el posparto o postcesárea cuando la mujer no efectúa lactancia la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana, en el caso de aborto, se puede administrar a las dos semanas.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.
- Para su aplicación deben utilizarse jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de la protección anticonceptiva.

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.

Efectos colaterales.

Pueden presentarse los mismos efectos colaterales que con el uso de los anticonceptivos orales combinados.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

Seguir la misma conducta que con el uso de los anticonceptivos orales combinados.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No se recomiendan antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días) deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

Seguimiento de la usuaria.

El seguimiento es igual que el uso de los anticonceptivos orales combinados.

Hormonales inyectables que contienen progestágenos.

Formulación.

Contiene un progestágeno sintético esterificado derivado de la 17-Hidroxipro-gesterona, acetato de Medroxiprogesterona en suspensión acuosa microcristalina, en ampolla de 50mg para uso mensual y de 150 mg/ml para uso trimestral

Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones - Contraindicaciones.

Similares al uso de anticonceptivos orales que contienen progestágeno.

Precauciones. Similares al uso de anticonceptivos orales que contienen progestágeno y también:

- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de Administración.

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestágeno se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe efectuarse en cualquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes se deben aplicar mensual las ampollas de 50mg y cada 3 meses las de 150mg , independientemente de cuando se pre-sente el sangrado.
- En el postparto cuando la mujer está lactando la aplicación debe efectuarse después de la sexta semana.
- En el postaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.
- Se deben usar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de la protección anticonceptiva.

La protección anticonceptiva del acetato de medroxiprogesterona se extiende por lo menos hasta los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales. Algunas mujeres pueden presentar:

- Mastalgia.
- Aumento de peso
- Amenorrea.
- Cefalea.
- Irregularidades menstruales

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

- En caso de sintomatología leve, reforzar la asesoría y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
- Suspender el uso del método en las situaciones siguientes:
- Sospecha de embarazo.
- Intolerancia al método
- Persistencia de irregularidades en el ciclo menstrual.

Seguimiento de la usuaria.

• Después de la primera consulta se debe realizar un control a los 3 meses y de allí en adelante un control anual, a menos que la usuaria o el prestador de servicio lo estime antes de esas fechas.

- En cada visita se refuerza la asesoría, se vigila el uso del método, la satisfacción del mismo, los efectos colaterales y cuando proceda se aplica la inyección siguiente.

4.5.3. Método hormonal subdérmico.

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno)

Formulación.

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg de levonorgestrel.

Presentación.

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2,4 mm de diámetro, que liberan en promedio 30 mg diarios de levonorgestrel.

Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después del segundo año de uso disminuye gradualmente su efectividad, pudiendo llegar al quinto año al 96.5%.

Indicaciones.

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- En el intervalo ínter genésico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- En el posparto o postcesarea con o sin lactancia.
- En el postaborto inmediato.

Contraindicaciones.

Similar al uso de anticonceptivos orales que contienen solo progestágeno.

Precauciones.

Similar al uso de anticonceptivos orales que contienen progestágeno, pero debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso y en las mujeres con peso mayor de 70 Kg.

Forma de administración.

• Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. Debe realizarse preferentemente durante cualquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual, o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y postcesarea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

- Tanto las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos deben ser realizados por personal de salud capacitado para ello y siempre bajo supervisión médica.
- La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede retirarse a solicitud de la usuaria en cualquier momento. Si procede se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo

Técnica de inserción y remoción.

Inserción:

- Utilizar jeringas y agujas estériles y desechables para aplicar la anestesia.
- Colocar a la usuaria cómodamente y en decúbito dorsal (boca arriba), mientras se colocan los implantes.
- Brazo seleccionado: Izquierdo si es diestra, derecho si es zurda.
- Sitio de implantación: Las cápsulas pueden colocarse bajo una zona de piel sana en la cara interna del brazo.
- Lavar la piel con agua y jabón, aplicar un antiséptico.
 - Se aplica anestesia local en el punto donde se hará el corte y en abanico. Se hace una incisión de 2 mm. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trocar calibre 10, en dirección opuesta al codo. No requiere sutura. Se aplica una venda. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.
 - **Remoción.** ● Localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.
- Se sigue el mismo procedimiento que para la inserción en cuanto a técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia, la cual debe colocarse bajo los implantes en su extremo más inferior.
- Se hace una pequeña incisión por la que se extraen las cápsulas una a una, empezando por las que estén más accesibles.
- Si se dificulta extraer uno o dos implantes, dejar que cicatrice y reintentar la extracción.
- En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.

Duración de la protección anticonceptiva.

Hasta cinco años después de la inserción.

Efectos colaterales. Algunas mujeres pueden presentar:

- Hematomas en el área de aplicación.
- Mastalgia
- Dermatitis
- Infección local
- Cefalea.
- Trastornos menstruales (hemorragia, manchado, amenorrea)
- Aumento de peso

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

- Reforzar la asesoría en relación con los trastornos menstruales y mantener los implantes.
- En caso de trastornos menstruales persistentes, retirar los implantes y ofrecer cambio de método.
- En caso de embarazo, retirar los implantes.

Conducta a seguir en caso de presentarse problemas con los implantes.

- En caso de expulsión de uno o más implantes, deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar los no expulsados.
- En caso de ruptura de una o más cápsulas éstas deben removerse y reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de cambiar el resto.

Seguimiento de la usuaria.

El primer control debe efectuarse al primer mes de la inserción y después cada año hasta completar los cinco años para

su sustitución o cambio de método según el deseo de la usuaria. Durante los controles debe efectuarse la toma de citología cuando proceda.

4.5.4. Dispositivos intrauterinos.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Presentación.

Son cuerpos semejantes a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre y/o de cobre y plata o en algunos casos progestágenos (endoceptivos), tienen además hilos guía para su localización y extracción.

Se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

Mecanismo de acción:

- Produce una endometritis crónica con notable infiltración celular, esta es debido a que el cobre es un potente inductor de la respuesta leucocitaria.
- Produce una disminución en la movilización de los espermatozoides; los DIU con progestágenos, actúan creando un ambiente hostil, para la implantación, por el efecto local de la hormona sobre el endometrio, y además espesan el moco cervical, lo que impide la penetración de los espermatozoides.

Indicaciones.

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales, en las siguientes circunstancias:

- En el intervalo ínter genésico.
- En el posparto, trans y postcesarea, con o sin lactancia.
- En el postaborto.

Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha.
- Utero con histerometría menor de 6 cm.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cervix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa o aguda.
- Presencia de corioamnionitis o antecedente reciente de la misma.

Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorrágicos.
- Dismenorrea severa.

- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de ruptura prematura de membranas y trabajo de parto prologado
- Pacientes con alto riesgo para ITS.

Dispositivos Intrauterinos disponibles:

- Tcu 200
- Tcu 220
- Tcu 380
- Multiload 250 - 375
- NOVA T

Forma de Administración.

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina, por personal médico capacitado.

Tiempo de colocación. Puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo ínter genésico: El DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Periodo postplacentario: La inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos siguientes a la expulsión de la placenta. Después del parto o durante una cesárea.
- En la pre alta: después de la resolución de cualquier evento obstétrico, al egreso hospitalario, se puede colocar el DIU, antes del envío a su domicilio.
- En el Postaborto: Inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad del embarazo.
- En el Puerperio Tardío: Entre 4 y 6 semanas postaborto, posparto y postcesarea. El DIU debe colocarse después de proporcionar asesoría, bajo las técnicas recomendadas para cada DIU y previa asepsia y antisepsia. El DIU no es recomendable en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a infecciones de transmisión sexual, por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

Técnica de inserción del diu.

Para la inserción del DIU durante el intervalo ínter genésico, el puerperio mediano y el postaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU.

En los periodos postplacenta, transcesárea, postaborto de más de 12 semanas, de gestación y el posparto mediano (Pre alta) no debe usarse el insertor.

Intervalo Inter genésico.

Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración. Luego:

1. a. Tacto bimanual para precisar genitales internos y descartar patologías pélvicas.
2. b. Espéculo vaginal para visualizar cérvix y antisepsia del cuello uterino.
3. c. Se toma labio anterior de cuello uterino si el útero está en ante verso flexión (AVF) y el labio posterior si esta en retro verso flexión (RVF) con pinza de Pozzi y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.
4. d. Con un histerómetro (maleable) se determina longitud de la cavidad uterina.
5. e. Si la histerometría resulta mayor de 6 cm. se debe insertar el DIU siguiendo las instrucciones del uso, proporcionado por el fabricante.
6. f. Al terminar la inserción se retira el Pozzi, se verifica que no exista hemorragia y se recortan los hilos a 2 cm. del orificio externo del cérvix y se retira el espéculo vaginal.

Inserción Post evento obstétrico. Puede utilizarse técnica con pinza y manual.

Técnica con pinza.

Esta Técnica se realiza con dos pinzas de aro (Forester), una recta y una curva y dos valvas vaginales.

- Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza y se alejen los hilos del DIU, se coloca en la mesa de instrumentos.
- Se expone el cérvix con las valvas vaginales con la pinza de Forester recta se toma el labio anterior del cuello que se tracciona ligeramente.
- Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix, dejándola en su lugar, y con la mano libre se palpa el fondo uterino a través de la pared abdominal.
- Empujando suavemente la pinza con el DIU, se confirma el fondo uterino; se abre la pinza para liberar el DIU y se retira suavemente con cuidado de no halar los hilos, igualmente se cortan a 2 cm por fuera del orificio cervical cuando los hilos son de 30 cm de longitud. En el caso de hilos de 12 a 15 cm, no se visualizan a través del cérvix, en aplicaciones correctas. Luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica Manual.

- El DIU se coloca entre los dedos índices y medio, con los hilos guías en el dorso de la mano.
- La otra mano se coloca en el abdomen sobre el fondo uterino.
- Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad uterina con cuidado de no halar los hilos guías, se cortan como se indicó en la Técnica con pinza. Ambas técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión. Se recomienda la técnica con pinza cuando no haya sido proporcionada anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

Inserción Transcesárea. Se realiza también con las técnicas con pinza y manual.

Técnica con Pinza. Se realiza con dos pinzas de aro (Forester) El procedimiento es el siguiente:

- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.
- Se toma el DIU con la pinza Forester curva, como fue descrita anteriormente en la inserción postplacentaria.
- Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde anterior de la histerotomía.
- Con la otra mano se coloca el DIU en el fondo uterino mediante la otra pinza a través de la histerotomía.
- Se suelta la pinza (sin moverla del borde de la histerotomía) y con la mano libre se verifica que el DIU con el extremo de la pinza estén en el fondo uterino.
- Se libera el DIU, se retira la pinza suavemente y se dejan los hilos guías en el segmento uterino, no es necesario sacarlos a la vagina a través del cérvix, esto ocurre espontáneamente.
- Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guías del DIU al efectuar la histerorrafía.

Técnica Manual.

- Se toma el DIU entre los dedos índice y medio de la mano.
- La otra mano se coloca en fondo uterino.
- Se introduce la mano con el DIU a través de la histerotomía hasta el fondo uterino, se verifica fondo con la otra mano y se suelta el dispositivo.
- Se retira la mano de la cavidad, cuidando no halar los hilos guías. Se deja el extremo distal de los

hilos el segmento y se procede a la histerorrafía, con cuidado de no incluir los hilos en la sutura.

Inserción en el postaborto.

- En el postaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, se efectúa con el insertor y la técnica descrita para el intervalo ínter genésico.
- Para abortos de más de 12 semanas resueltos con legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se ha resuelto por legrado digital la inserción puede ser manual o con pinza, según fue descrito.

Inserción pre alta.

En el puerperio, posparto o postcesarea y en el postaborto del segundo trimestre, la inserción puede realizarse con pinza, constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU pero que después de recibir consejería optan por este método y también aquellas que hubieran superado la contraindicación o precaución.

Duración de la protección anticonceptiva.

Va de acuerdo al principio activo o coadyuvante que contengan. Para los dispositivos Tcu 200, Tcu 380 A y Tcu 220 c es de tres, ocho y diez años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente.

Efectos colaterales.

En general son bien tolerados y cuando aparecen se limitan a los primeros meses posteriores a la inserción; se manifiestan como:

- Dolor pélvico durante el período menstrual.
- Aumento de la duración y cantidad del sangrado menstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir asesoría adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten después de tres meses, se debe considerar reemplazar el DIU y si aún persistieran se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a un Centro Hospitalario para su atención, con una referencia.

Seguimiento de la usuaria.

Las revisiones subsecuentes se realizarán, a los 15 días post inserción, donde se realizará la evaluación del DIU y la toma de muestra para citología y posteriormente al mes. Esta primera revisión deberá incluir la realización o notificación de un ecosonograma pélvico que permita evaluar la posición del dispositivo intrauterino dentro de la cavidad. En una inserción postevento obstétrico se recortarán los hilos a 2 cm del orificio cervical externo, en caso necesario. La segunda revisión a los 6 meses y a partir de allí cada año de acuerdo a la fecha de inserción o cuando la usuaria lo estime necesario.

En cada visita se debe realizar examen clínico integral, verificar la posición correcta del DIU, mediante visualización de los hilos guías, investigar efectos colaterales, descartar presencia de embarazo, detectar y tratar infecciones cérvico-vaginales.

Complicaciones de la Inserción del DIU.

- Perforación Uterina.
- Reacciones vagales.
- Dolores en bajo vientre en forma de calambres uterinos.
- Pérdida de sangre, que depende del trauma que ocasiona la colocación del DIU a nivel de cuello durante su procedimiento.

Indicaciones para retirar el DIU.

- DIU descendido (diagnóstico clínico o ultrasonográfico).
- EL DIU ha caducado en su fecha de expedición.
- Deseo de embarazo.
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica que no responde al tratamiento con antibiótico terapia en un lapso de 24 a 48 hrs.

En caso de embarazo:

- Si los hilos son visibles, se retirará el DIU.
- Si los hilos no son visibles, NO SE DEBE INTENTAR SU RETIRO.

Medidas a tomar en caso de no evidenciar los hilos del DIU en pacientes en control. Posibilidades a tener en cuenta:

- La paciente puede haber expulsado el DIU y no lo advirtió.
- Embarazo.
- Perforación uterina que puede ser total o parcial.
- Traslocación del DIU dentro del útero.

Pasos a realizar:

- a. En caso de no evidenciarlos practicar una Ecografía.
- b. Si en la Ecografía no se evidencia el DIU, realizar una prueba de embarazo. Si la prueba de embarazo es negativa, realizar una radiografía simple abdominopélvica en posición postero-anterior y lateral, colocando la paciente en posición ginecológica y la colocación de un histerómetro en la cavidad uterina, siguiendo los pasos en el uso de estos instrumentos.

4.5.5. Métodos de barrera y espermicidas.

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

Metodos de barrera.

Descripción.

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

El condón o preservativo masculino, es una bolsa de plástico (látex), que se aplica sobre el pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (nonoxinol - 9 o el cloruro de benzalconio).

También existe *el condón o preservativo femenino*, es un método que permite a la mujer protegerse ella misma de embarazos no planificados y las ITS-VIH/SIDA; es un nuevo dispositivo en forma de una funda pequeña con un lubricante en su interior (silicona), que combina las características de un condón masculino y un diafragma; está hecho de un fino plástico (poliuretano), muy resistente y liviano, es utilizado antes del coito y se inserta en la vagina tan fácil como un tampón, consta de dos anillos blandos, flexibles en ambos extremos, el anillo grande, en el extremo abierto, queda fuera del cuerpo y

mantiene el dispositivo en su sitio para proteger la vagina, a la vez que impide que el dispositivo se deslice completamente dentro de ésta; el anillo más pequeño, en el extremo cerrado, se usa para insertar el condón en la vagina, y se coloca en el cuello del útero, para mantener el condón en su sitio; cuando es bien colocado la mujer no lo siente dentro de ella. El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.

Indicaciones. Es un método indicado para la persona con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas en actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía.
- Cuando hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Contraindicaciones.

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Duración de la protección anticonceptiva.

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

Forma de uso.

a. Condón masculino:

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito. No son reusables.
 - Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
 - Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
 - Cuando el hombre no está circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
 - Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
 - Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen. No deben eliminarse en tuberías de aguas negras, porque no son biodegradables.
 - En caso necesario, se usarán lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

b. Condón Femenino:

- Debe usarse un condón nuevo en cada relación sexual y puede colocarse hasta 8 horas antes, sin embargo la mayoría lo insertan 2 a 20 minutos antes, de este modo no tienen que interrumpir la actividad sexual. No son reusables.
- La mujer se coloca en una posición cómoda.
- Asegurar que el anillo interno del condón con la funda cerrada, esté hacia abajo.
- Sujetar el condón por la funda y el anillo interno con los dedos pulgar y medio, apretarlo con el dedo índice en la funda y dejar colgar el extremo abierto.
- Sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra debe separar los labios de la vagina y

colocar la funda lo más adentro que pueda llegar.

- Una vez colocado, con el dedo índice, debe empujar el anillo interno y la funda hacia arriba, dentro de la vagina. Chequear con el dedo para asegurar que el anillo interno esté justo pasando el hueso púbico.
- Asegurarse que la funda no quede torcida dentro de la vagina. Más o menos 5 cm. del lado abierto quedan fuera de los genitales.
- Con la mano debe guiar el pene dentro de la vagina a través del condón.
- Para retirarlo, debe apretar y dar vuelta al anillo externo antes de pararse y tirar suavemente hacia fuera y desechar el condón en la basura, no en el sanitario.

Efectos colaterales.

Intolerancia al látex o al espermicida.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

Reforzar asesoría y cambio a otro método.

Seguimiento del usuario o usuaria.

Las visitas deben efectuarse de acuerdo a las necesidades, bien sea para proveer condones o reforzar asesoría e instrucciones de uso.

Espermicidas.

Descripción Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Son surfactantes que son administrados a través de un vehículo en varias presentaciones: cremas, óvulos y espumas en aerosoles.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con métodos de barrera.

Formulación -

Cremas - Óvulos - Espumas en aerosol.

Indicaciones -

Estos métodos están indicados en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, Nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En periodo inmediato post-vasectomía.

Contraindicaciones -

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

Forma de Administración.

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante. Es indispensable respetar el tiempo de su aplicación y evitar el aseo postcoital inmediato con el objeto de lograr el efecto

anticonceptivo.

Duración de la protección anticonceptiva.

Dependiendo del tipo de producto, esta limitada a una hora a partir de su aplicación.

Efectos colaterales.

- Su uso puede provocar inflamación local en la pareja, si es sensible a los ingredientes de la formulación, lo cual se ha visto que podría aumentar la posibilidad de transmisión de VIH.
- Reacciones alérgicas.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

Reforzar asesoría y cambio de método.

Seguimiento de la usuaria.

Las visitas de seguimiento deben efectuarse de acuerdo a las necesidades, para reforzar instrucciones de uso, asesoría o cambio a métodos más efectivo, de lo contrario, se efectuará cada año para chequeo ginecológico.

4.5.6. Métodos naturales o de abstinencia periódica

Descripción.

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los períodos fértiles e infértiles de la mujer. Estos métodos requieren alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. Se describen los siguientes:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Naus
- Método de la Temperatura.
 - Método del moco cervical o de Billings
 - Método sintotérmico.

Efectividad.

Bajo condiciones habituales y adecuadas de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Indicaciones.

Estos Métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Contraindicaciones.

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- Dificultad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Precauciones.

- Cualquier motivo de duda de la mujer en las características o eventos relacionados con el ciclo menstrual.
- Dudas en practicar la abstinencia sexual.

Forma de uso.

Se basa en una serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad del método depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación en estos métodos dura de tres a seis ciclos. Requiere de abstinencia periódica en el 35 al 50 % del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones de los anexos, glándulas mamarias y el cervix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para determinar los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

Tipos de métodos naturales o de abstinencia periódica

Método del Calendario, Ritmo o de Ogino-Naus.

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil, restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo, se deben evitar las relaciones sexuales

Método de la temperatura.

Este método depende de un sólo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar antes de levantarse mide su temperatura en la mañana, por la misma vía y después de cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal (la rectal es la más exacta) Se puede efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. La variación es discreta de 0.2 a 0.4 grados centígrados. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día y el tercer día consecutivo de temperatura elevada, para evitar que el óvulo sea fecundado.

Método del Moco Cervical o de Billings

Para practicar este método la mujer debe estar en capacidad para establecer diferencias entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación húmeda y un moco cervical cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide ocurre cuando el moco entre dos dedos se observa filante (se estira o elonga como clara de huevo) La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día que el moco cervical presente la máxima filancia. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. El último día de secreción del moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil, a partir del cuarto día después de la cúspide, hasta el final del ciclo menstrual.

Cuando se desea prevenir embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después de la cúspide.
- Los días de menstruación.
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

Método Sinto-Térmico.

Es denominado así porque combina síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numeroso para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cervix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cervix se presentan de

manera más uniforme, pero algunas mujeres se les dificultan interpretarlos, incluso en condiciones normales. Todos estos métodos pueden ser enseñados por personal capacitado, pero requiere largos periodos de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

Duración de la protección anticonceptiva.

La duración se extiende a la práctica constante y correcta.

Efectos colaterales.

No se describen efectos colaterales adscritos al método. Sin embargo, en los casos en que existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja, esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

Reforzar asesoría y cambiar de método.

Seguimiento de la usuaria.

Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

Lactancia materna y la anticoncepción.

Según las Recomendaciones de la Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF), a proveedores de servicios, se especifican tres (3) normas:

- Los proveedores de Atención de Salud deben señalar a las mujeres para que amamenten exclusivamente a sus hijos.
- No debe suspenderse la Lactancia al empezar a usar un método anticonceptivo.
- El Método elegido no debe afectar adversamente la Lactancia Materna ni la Salud Infantil.

Opciones anticonceptivas para las mujeres que están amamantando.

Métodos Anticonceptivos de primera opción (los anticonceptivos no Hormonales)

• Método de lactancia y amenorrea (MELA)

Este Método, también conocido como MELA, es una opción de anticoncepción natural para muchas mujeres que tienen planes de amamantar a sus hijos. Para usar el MELA, la mujer debe empezar a amamantar lo más pronto posible después del parto. El MELA aprovecha la situación de infertilidad que resulta de la Lactancia Materna intensiva, al inhibir la ovulación. Con la Lactancia exclusiva no hay intervalos de más de cuatro (4) a seis (6) horas entre una alimentación y otra, y no se han introducido suplementos dietéticos. Cuando se usa debidamente, el MELA puede tener una eficacia del 98 por ciento en la prevención del embarazo. Para que el MELA sea eficaz, deben observarse los tres (3) criterios que figuran en el siguiente algoritmo sencillo:

- Los ciclos menstruales de la mujer no deben haberse reanudado.
- La mujer debe estar amamantando de manera exclusiva.
- El niño debe ser menor de seis (6) meses de edad. De darse un cambio en cualquiera de esos criterios, la mujer debe comenzar a usar otra forma de anticoncepción si desea evitar el embarazo.
- Método de Barrera. (Condomes masculinos y femeninos, espermicidas)
- Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- Métodos naturales o de abstinencia periódica.
- La esterilización quirúrgica femenina.
- La esterilización masculina (Vasectomía)

Métodos Anticonceptivos de segunda opción:

Método solo de progestágenos (orales, inyectables, y el sistema de implante Subdérmico)

Métodos Anticonceptivos de tercera opción:

Métodos combinados de estrógeno y progestágenos (orales e inyectables) Tiempo de iniciación de los diferentes Métodos Anticonceptivos en las mujeres que están amamantando. Al cabo de seis (6) meses, se pueden usar los anticonceptivos combinados, pero no deben considerarse como la opción preferida de las mujeres que estén amamantando

| Entre el nacimiento y la sexta semana | Entre la sexta semana y el sexto mes. | Del sexto mes en adelante. |
|---|--|---|
| Mela DIU Esterilización femenina o masculina. Condomes. Espermicidas. | Lo anterior mas: Diafragma. Método solo de progestina Métodos naturales (apoyándose en el mela) | Se pueden usar los otros métodos mencionados anteriormente cuando la protección del MELA termine o la mujer no desee depender más de este método. |

4.5.7. Anticoncepcion de emergencia.

Son métodos de planificación familiar, que pueden prevenir un embarazo no deseado o no planificado, hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

Uno de los aspectos mas importantes, por lo controversial, es el que se refiere, al mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia; quedando muy claro que no impiden la implantación, que es el único evento médicamente aceptado, para definir el inicio de embarazo, ya que antes de ese evento no hay certeza diagnóstica ni médica, ni legalmente aceptable de que éste exista, por lo tanto “no son abortivos”. El mecanismo de acción va a retrasar o evitar la ovulación; es muy importante dejarlo bien claro, por cuanto este punto es el que ha traído los problemas éticos y morales que han impedido su uso en varios países al considerarlos métodos abortivos.

Consideramos que el uso de la anticoncepción de emergencia puede contribuir grandemente en la reducción de la mortalidad infantil al disminuir los índices de embarazos no deseados, los de alto riesgo y en especial el aborto inducido.

Es aplicado para aquellas mujeres que han sido **víctimas de agresión sexual**, mujeres que han olvidado usar un método anticonceptivo regular o lo han usado de manera incorrecta.

Indicaciones:

- Relaciones sexuales no protegidas
- Ruptura o deslizamiento del condón
- Olvido de dos o mas píldoras de ACO
- Haber transcurrido más de una semana en la cual debía haberse aplicado la inyección mensual (Mesigyna, Depoprovera).
- Violación o abuso sexual.

Existen dos métodos de aplicación:

Anticonceptivos Orales:

Los anticonceptivos que se usan para tal fin no provocan aborto, ya que surten su efecto antes de que empiece el embarazo.

Combinados: Mecanismos de acción:

- Antes de la ovulación, impiden o retrasan la misma por disminución del pico de LH
- Después de la ovulación, aumentan la motilidad de las trompas, alterando el transporte del óvulo, dificultando así la fecundación.
- En cualquiera de las etapas del ciclo espesan el moco cervical, por lo cual impiden o dificultan el proceso de captación y capacitación de los espermatozoides a nivel del cuello uterino.

Posología:

Los anticonceptivos combinados que contienen etinilestradiol y levonorgestrel pueden administrarse con el **Método de Yuzpe:**

- Píldora de 50 microgramos de etinilestradiol y 0,25 mg de levonorgestrel, debe tomarse 1 tabletas dentro de un período de 72 hrs, de la relación sexual y repite la dosis 12 horas después.
 - Píldora de 30 microgramos de etinilestradiol y 150 nanogramos de levonorgestrel administrando 4 tabletas dentro de un período de 72 hrs. de la relación sexual, seguidas de otras cuatro tabletas 12 horas más tarde.
- Píldora de 0,75 mgs de levonorgestrel, administrar 1 tableta dentro de un periodo de 72 horas poscoital y se repite a las 12 horas. La eficacia será mayor mientras mas temprana sea la toma inicial.

Contraindicaciones:

La única contraindicación absoluta para el uso de los anticonceptivos orales de emergencia es el embarazo.

Efectos colaterales:

- Náuseas, vómitos, cefaleas, mareos, fatigas. Si el vómito ocurre en las 2 hrs. siguientes a la ingesta, se debe repetir la dosis
- Sangrado uterino irregular y sensibilidad en las mamas.

DIU que liberan cobre:

Puede lograrse anticoncepción de emergencia mediante la inserción dentro de los primeros cinco días después del contacto sexual sin protección.

Mecanismo de acción:

- Fagocitan los espermatozoides por activación del sistema inmunológico humoral y celular
- Actúan como un cuerpo extraño, produciéndose inmunoglobulinas que se adhieren a los espermatozoides y afectan su movilidad (los inmovilizan)
- El cobre tiene toxicidad directa sobre los espermatozoides.

Indicaciones:

- En aquellas que consideren anticoncepción a largo plazo.
- Cuando la mujer no pueda utilizar el método de Yuzpe, porque han transcurrido más de 72 horas

Contraindicaciones: Debe considerarse las mismas a las que rigen para su uso regular.

EFICACIA: Tienen un 75 % de eficiencia en la prevención de embarazos no planificados. Si la menstruación no aparece después de 8 días de utilizado cualquiera de los métodos, descarte la posibilidad de embarazo.

Seguimiento posterior a la anticoncepción de emergencia:

Se le aconseja regresar en los siguientes casos:

- Para recibir asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos regulares
- Si tiene menstruaciones que tardan más de una semana de lo esperado
 - Si sospecha que está embarazada
 - Si tiene algún otro motivo de preocupación.

Asesoría en anticoncepción de emergencia:

La anticoncepción de emergencia requiere asesoría previa. Esta debe incluir discusión del uso correcto del método anticonceptivo de emergencia, sobre los posibles efectos colaterales y su manejo, así como presentar opciones de anticoncepción después del uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia. No deben ser usados como método permanente porque este tipo de píldora es menos eficaz que los otros métodos. Estas mujeres generalmente, están afrontando una crisis personal grave pues pueden ser adolescentes que han tenido su primer contacto sexual o mujeres que han sido víctimas de agresión sexual, por lo que hay que estar preparados para ayudarlas y evitar un asesoramiento prolongado que pueda incomodarlas.

4.5.8 Esterilización quirúrgica femenina.

Descripción.

Es el método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión, ligadura y/o sección de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones.

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa multíparas, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Previa asesoría completa y suficiente, de otros métodos de anticoncepción, que incluya consecuencias y secuelas de la esterilización quirúrgica.
- Paridad satisfecha.
- Razones médicas
- Personas con necesidades especiales.

Contraindicaciones.

Enfermedad inflamatoria pélvica activa. Síndrome adherencial severo.

Precauciones.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto o postcesárea, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias)

Forma de aplicación. Tiempo de realización

Puede realizarse, en el momento de que la paciente lo requiera, siempre que se descarte la presencia de embarazo, así como en las primeras 72 horas posparto, transcesárea y postaborto.

Anestesia.

Se debe indicar, según el caso anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica:

- La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico, del instrumental, equipo y material necesario.
- La vía de acceso puede ser minilaparotomía, Laparoscopia, Histeroscopia

o Colpotomía.

- El procedimiento de esterilización quirúrgica puede ser por:
- Salpingectomía y Fimbriectomía.
- Ligadura y sección de la trompa según técnica de Pomeroy (modificado), Ushida, Irving, Parkland, Madlener y Kroener (Fimbriectomía.)
- Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o Hulka y electro fulguración.

Lineamientos generales para la prescripción. "Por ser de carácter permanente, requieren de:

- Un amplio proceso de asesoría previa a su realización.
- Autorización escrita de la usuaria o su representante legal. (Anexo- autorización)
- Valoración de riesgo quirúrgico y anestésico cuando proceda
- Debe ser efectuada por personal médico calificado.
- Puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en usuarias de bajo riesgo.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecida.
- La edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

Duración de la protección anticonceptiva.

Este método es permanente.

Efectos colaterales.

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente algunos relacionados con el procedimiento anestésico o quirúrgico (hemorragias, infección)

Conducta a seguir.

- Después del procedimiento mantener la usuaria en observación por un mínimo de seis (6) horas.
 - Indicar analgésicos de ser necesario.
 - Reinicio de las actividades laborales a los 2 días post cirugía siempre que no implique esfuerzo físico, de lo contrario a los 7 días.
- Si después de la intervención surge algún problema de salud asociado al procedimiento, debe ser referida a un

hospital.

Seguimiento de la usuaria.

La primera revisión subsiguiente se debe realizar en la primera semana postcirugía y luego cada año por la consulta de ginecología, donde efectuarán la toma de citología cuando proceda.

Se debe instruir a la usuaria para cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología urinaria.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

4.5.9. Esterilización quirúrgica masculina: vasectomía

Descripción.

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

Efectividad Anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99 %.

Indicaciones.

Este procedimiento está indicado para hombres con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.
- Personas con necesidades especiales.

Contraindicaciones.

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.

Precauciones.

- Infección en el área operatoria.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis (Escroto engrosado)
- Hernia inguino-escrotal
- Enfermedades por trastorno de coagulación.

Forma de Aplicación.

- Tipos de técnica quirúrgica. Hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí):
- Técnica Tradicional con bisturí. Se realiza una pequeña incisión en el escroto a través de la cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes.

- Técnica de Li sin bisturí. A través de una pequeña punción en el rafe escrotal, se ligan y seccionan los conductos deferentes. En ambas técnicas se puede utilizar electro fulguración para bloquear los conductos deferentes.
 - Tiempo de realización. En cualquier momento de la vida del hombre.
 - Anestesia. Local.

Lineamientos generales para su prescripción.

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería, previo a su realización:

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario o de su representante legal. (Anexo-autorización)
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico capacitado.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades del primer nivel de atención.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- La edad y número de hijo no serán factores de contraindicaciones del método.

Duración de la protección anticonceptiva.

Este método es permanente.

La Vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método, para evitar embarazos hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Efectos colaterales.

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden aparecer problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Infección de la herida quirúrgica
 - Granuloma
 - Hematoma.

Conducta a seguir.

- Reposo domiciliario de cuatro horas postcirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 minutos, cuando sea posible.
 - Puede reiniciarse actividad laboral a los dos días postcirugía, siempre que no implique esfuerzo físico pesado durante los siete días siguientes.
 - Suspender las relaciones sexuales por siete días.
 - Utilizar suspensorio, traje de baño o ropa interior ajustada por siete días, mientras esté sentado o de pie.
 - Tomar analgésicos y anti-inflamatorios en caso necesario.
 - Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

Seguimiento del usuario.

El primer control se hará la primera semana postcirugía. El siguiente control se hará a los dos años o antes si el usuario lo considera necesario.

MÉTODOS DE APLICACION EN ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

| Métodos | Tiempo DESPUES del coito | POSOLOGIA |
|--|--|--|
| Anticonceptivos Orales Combinados | Dentro de un período de 72 hrs. | Método de Yuzpe: 100 mcg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel y repetir a las 12 h. |
| Anticonceptivos orales que contienen solo Progestina | Dentro de 72 horas después del coito | 0,75 mg de levonorgestrel como primera dosis y repetir 12 horas más tarde. |
| Estrógenos | 48 horas después del coito | 5 mg de etinilestradiol en la primera dosis y repetir cada día durante cuatro días (cinco días en total) |
| Andrógenos: | Dentro de las 72 horas después del coito | Entre 400 y 600 mg de danazol en la primera dosis y repetir 12 horas más tarde. |
| Antiprogestinas | Dentro de 72 horas después del coito | 600 mg de mifepristona (R U 486), en una sola dosis. |
| DIU que liberan cobre | Primeros 5 días después del contacto sexual sin protección | *Aquellas que consideren anticoncepción a largo plazo *Cuando no se pueda utilizar el método Yuzpe porque han transcurrido más de 72 horas. |

NIVELES DE ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

| ELEMENTOS | REC. HUMANOS | FUNCIONES |
|--|--|---|
| PRIMER NIVEL Agentes de comunidad | Promotores de Salud. Líderes Comunitarios | 1. Orientación 2. Visitas casa por casa. 3. Trabajo con grupos focales. 4. Administrar métodos naturales y de barrera. 5. Referir a usuarios a las unidades de salud. 6. Promover la organización de centros comunitarios de orientación en anticonceptivos. |
| Ambulatorio Rural I | Auxiliar de medicina simplificada Agentes de la Comunidad. | 1. Atención Primaria Integral de Salud. 2. Orientación 3. Asesoría en Planificación Familiar. 4. Administración de métodos naturales, de barrera y orales. 5. Referencia 6. Supervisión a centros de salud. |
| | Médico | 1. Asistencia especializada. |
| Ambulatorio Rural II Urbano I Urbano II | general o especialista. Enfermera. Trabajador Social. Psicólogos. Auxiliares de enfermería. Otros. | 2. Orientación y promoción en Planificación Familiar. 3. Asesoría 4. Administración de métodos naturales, de barrera, hormonales y DIU. 5. Referencia de usuarios a unidades de mayor complejidad. 6. Supervisión a Centros de salud |
| SEGUNDO NIVEL Ambulatorio Urbano III Hospital Tipo I. | Médico general o especialista. Enfermera. Trabajador Social. Psicólogo. Auxiliares de enfermería. | 1. Asistencia 2. Orientación 3. Asesoría en planificación familiar 4. Administración de DIU, hormonales, implantes y quirúrgicos. 5. Supervisión de Establecimientos del primer Nivel. |
| TERCER NIVEL | Médico especialista. Enfermera. Trabajador Social. Psicólogo. Psiquiatra | 1. Capacitación de recursos humanos. 2. Asistencia 3. Supervisión 4. Asesoría en Planificación Familiar. 5. Administración de DIV, Hormonales, Implantes y quirúrgicos |

4.6. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Número de mujeres atendidas en edad fértil
 Número de mujeres activas en el uso de algún método
 Porcentaje de captación de nuevas usuarias por método
 Porcentaje de captación de nuevas usuarias según edad
 Porcentaje de cesadas según método
 Porcentaje de fracaso del método
 Porcentaje de complicaciones según método
 Porcentaje de citologías practicadas y reportadas

V.P.H. y NIC reportados

V.D.R.L. practicados y reportados
 Toxoides tetánico aplicados
 Porcentaje de madres lactando exclusivamente
 Porcentaje de madres utilizando método MELA

Volver al Índice Tomo III

Pasar a Pag. Siguiente

V. SALUD PRENATAL Y PERINATAL

El mejoramiento de la salud de las madres, padres y recién nacidos implica poner en marcha múltiples acciones que correspondan a la complejidad de los factores que influyen en ella, en ese sentido conviene tener en cuenta no sólo su efecto durante el embarazo, sino durante las etapas de crecimiento y desarrollo desde la gestación hasta la edad adulta.

La responsabilidad de la salud de la mujer, el hombre y el niño específicamente en la etapa de embarazo va más allá de las intervenciones individuales o de los que competen a las autoridades de salud del país. Es preciso que la salud de la mujer y de la embarazada comience a integrarse a los procesos económicos, culturales y sociales, así como la participación igualitaria del hombre.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Establecer lineamientos para la atención integral y vigilancia de la salud en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, nacimiento, puerperio; de la mujer, el hombre y el (la) niño (a) para reducir la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Brindar atención integral a la madre, padre y prevenir y/o manejar los factores de riesgo preconcepcionales, del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido que afectan la Salud Sexual y Reproductiva.
- Elevar la calidad y humanizar la atención de la mujer y del recién nacido durante todo el proceso reproductivo con enfoque de riesgo y de acuerdo al reglamento y al manual de procedimientos.
- Proporcionar información y educación en la prevención del aborto practicado en condiciones de riesgo, así como de las complicaciones del mismo.
- Elevar la calidad y humanizar la atención ante el hecho consumado del aborto y prevenir sus complicaciones (hemorragias e infección)
- Fortalecer estrategias alternas en la promoción de cuidados durante el embarazo y etapa perinatal con especial énfasis en la detección oportuna y referencia de embarazos de alto riesgo en las áreas rurales y urbanos-marginales.
- Promover la eliminación de la violencia contra las mujeres embarazadas, identificándolas en la atención prenatal y tomando las medidas para su especial tratamiento y apoyo psico-afectivo.
- Desarrollar estrategias para la atención oportuna de las emergencias obstétricas con especial énfasis en las hemorragias, infecciones y pre-eclampsia-eclampsia.
- Fomentar la cultura y práctica del alojamiento conjunto y en particular la Lactancia Materna Exclusiva en los primeros seis (6) meses de vida, y continuarla con alimentación complementaria hasta los dos (2) años de edad del niño.
- Establecer la detección temprana y el manejo oportuno de los defectos congénitos y enfermedades metabólicas del recién nacido (Hipotiroidismo congénito, entre otros)
- Promover la incorporación del padre durante todo el proceso incluyendo el parto; manteniendo las normas de antisepsia.

5.3. ESTRATEGIAS GENERALES.

- Establecer los cuidados de atención integral de salud por personal calificado a todas las mujeres

y hombres con alto riesgo preconcepcional con especial énfasis en los trastornos nutricionales, ITS-VIH/SIDA y enfermedades preexistentes.

- Establecer en los diferentes niveles de atención, la consulta médica de asesoría genética en las parejas de alto riesgo de enfermedades congénitas y Heredo-Metabólicas.
- Fortalecer las actividades de información, educación, comunicación y asesoramiento para la prevención de las principales complicaciones obstétricoperinatales e identificar y reducir los factores de riesgo durante el proceso reproductivo y promover factores protectores del mismo.
- Fortalecer las actividades de información, educación y comunicación en la población sobre la prevención del aborto y su práctica en condiciones de riesgo con la orientación y asesoría en anticoncepción.
- Garantizar una atención integral periódica, continua y de calidad a la embarazada por personal calificado cumpliendo cada una de las actividades establecidas de acuerdo a las normas vigentes.
- Establecer una relación estrecha entre los diferentes niveles para la atención adecuada y pertinente del alto riesgo reproductivo-perinatal.
- Garantizar que toda parturienta de acuerdo al riesgo intra parto sea atendida por el personal más calificado y con el uso de la tecnología apropiada según el nivel de atención.
- Garantizar cuidados especiales a las parturientas con graves complicaciones intra parto, incluyendo el aporte de sangre y/o hemoderivados, así como la terapéutica normada ante infecciones, preeclampsia eclampsia y otras afecciones que complican el parto.
- Vigilar y regular el uso de medicamentos y procedimientos durante la evolución del parto. Entre ellos: anestésicos, oxitócicos, sedantes y la utilización de intervenciones obstétricas (cesáreas, instrumentos de extracción, entre otros)
- Estimular la interacción positiva madre-hijo mediante la práctica del apego precoz para iniciar la Lactancia Materna y el alojamiento conjunto.
- Priorizar la vigilancia y atención durante las primeras cuatro (4) horas del puerperio, y en especial a aquellas puérperas que sufran o han sufrido graves complicaciones obstétricas o padecen enfermedades preexistentes.
- Elevar la calidad de atención del recién nacido cumpliendo adecuadamente las normas de reanimación por personal calificado y un adecuado traslado intra y extra institucional desde el área de atención en sala de partos hacia otro servicio.

5.4. POBLACION OBJETO

Todas las mujeres durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio y sus recién nacidos.

5.5. DISPOSICIONES GENERALES

- La atención Integral de la salud de la mujer en edad fértil comprende el control preconcepcional, control prenatal, parto y puerperio y la atención del recién nacido y debe ser dispensada con CALIDAD Y CALIDEZ de acuerdo a las necesidades de la población a atender.
- La atención integral debe ser multidisciplinaria con la participación de profesionales de la salud como: obstetras, perinatólogos, neonatólogos, enfermeras, parteras, psicólogos, educadores del parto, maternidad y paternidad, especialistas de las ciencias sociales que favorezcan el manejo de la mujer y el hombre en edad fértil.
- El manejo integral debe incorporar las necesidades sociales, culturales, emocionales de las mujeres, las familias, los niños y niñas.
- El cuidado del embarazo y el parto normal debe ser no medicalizado; utilizando el mínimo de intervenciones y tecnologías aplicándolos sólo cuando se considere necesario.
- El acceso a la Atención Obstétrica de Emergencia está encaminado a reducir la mortalidad en mujeres embarazadas, por lo que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionada en cualquier establecimiento de salud de los sectores público y privado.

- El responsable de la atención del recién nacido debe estar presente durante el periodo expulsivo del parto o desde el inicio de la cesárea.
- El periodo de dilatación durante el trabajo de parto normal, **no debe acelerarse** con procedimientos como la ruptura artificial de membranas. El uso de oxitócicos y prostaglandinas no debe ser de rutina y debe estar condicionado por el conocimiento pleno de los riesgos y complicaciones que supone el uso indiscriminado de los mismos, estando proscritos en ambulatorios del medio rural y ambulatorios urbanos con poca capacidad resolutive para las posibles complicaciones.
- El empleo rutinario de sedantes, analgésicos y anestésicos esta proscrito durante la evolución del trabajo de parto, su uso debe estar avalado por Pautas Institucionales escritas al respecto.
- Deben aplicarse criterios técnico-científicos para el uso de tecnologías existentes tales como: monitoreo fetal, ecosonografía, amniocentesis.
- Desde el control prenatal y en cada contacto, debe suministrarse información sobre los signos y síntomas de alarma, el trabajo de parto, auto cuidado, promoción de los servicios de salud y participación de la pareja u otro miembro del grupo familiar en el proceso reproductivo.
- Durante el periodo prenatal debe orientarse a la mujer en técnicas de respiración y relajación, con participación de la pareja u otro miembro del grupo familiar.
- Toda mujer que solicite cuidado prenatal, cualquiera sea su edad gestacional, debe ser atendida indistintamente de la vestimenta que lleve, de su posibilidad económica para realizarse exámenes, que tenga o no documento de identidad personal, de la certeza de su embarazo o de que haya perdido la cita.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Enfoque de Riesgo Reproductivo-Perinatal

Además de la conocida asociación negativa entre los factores socioeconómicos y educacionales y el proceso reproductivo, se listan los factores de riesgo factibles de controlar, neutralizar o atenuar mediante un control preconcepcional, del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido

5.6. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

REPRODUCTIVO-PERINATAL.

5.6.1. Periodo preconcepcional.

Antecedentes Obstétricos desfavorables en Embarazos Previos.

- Abortos.
- Muertes fetales y neonatales.
- Partos prematuros.
- Bajo peso al nacer.
- Retardo en el crecimiento fetal.
- Pre-eclampsia - eclampsia
- Intervalo íter genésico breve (< de 2 años) o prolongado (> de 5 años)
- Partos instrumentales.
- Cesáreas anteriores.
- Incompetencia ístmico cervical.
- Otras cirugías uterinas.

Antecedentes genéticos desfavorables.

Edad menor de 18 años o mayor de 35 años. Paridad (IV y más)

Enfermedades:

- Crónicas
- Infecciones: Hipertensión, Diabetes, Cardiopatías, Anemias, Hemoglobi nopatías, Tuberculosis, Nefropatías, Psicopatías, Patología Utero Anexial y de las mamas. VIH/SIDA (Positivo), Sífilis, Gonorrea.
- Ausencia de inmunidad para: Rubéola, Tétanos, Toxoplasmosis, Hepatitis B, etc. Exposición a Teratógenos- Antagonistas de los folatos, Acido Valproico, Sol ventos orgánicos, Plaguicidas, etc. Abuso de Alcohol, Drogas o Tabaco. Excesiva actividad física. Incompatibilidad Rh potencial. Fecha de última menstruación desconocida. Subnutrición y obesidad.

Durante el embarazo:

- Hemorragias del tercer trimestre. Embarazos múltiples.
- Insuficiente o excesivo aumento de peso.
- Diabetes.
- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- Infecciones.
- Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.
- Exposición a radiaciones.
- Abuso de alcohol, drogas o tabaco.
- Riesgos ocupacionales.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Incompatibilidad Rh

Durante el parto:

- Embarazo no controlado.
- Pre-eclampsia y/o Eclampsia.
- Hemorragias.
- Infecciones
- Ruptura prematura de membranas
- Sufrimiento fetal agudo.
- Presentaciones distócicas

Durante el puerperio:

- Hemorragias.
- Infecciones

Para el Recién Nacido.

- Prematuridad / bajo peso al nacer.
- Infecciones: Tétanos, Diarreas, Neumonías, Septicemia.
- Asfixia.
- Traumatismos durante el nacimiento.
- Incompatibilidad Rh.

Aplicacion de tecnologias

Atencion preconcepcional. Objetivo: Identificar y asesorar sobre el riesgo preconcepcional.

Asesoría previa al embarazo.

Se entiende por Asesoría Preconcepcional, la atención que se realiza a la pareja previa a un embarazo con el objetivo de corregir conductas, factores de riesgo reproductivo, o patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo

Población Objeto: Está conformada por el total de mujeres y hombres en edad fértil con riesgo de embarazo y deseos de procreación.

Concentración: se determinará de acuerdo al riesgo identificado

Rendimiento: dos parejas por hora en consultas de primera, o una de primera consulta y dos sucesivas por hora de consulta.

Prevención de alguna infección:

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), Virus de Inclusión Citomegálica, Hepatitis B, Rubeola, Toxoplasmosis, Tétanos, Sífilis, Infecciones por VIH/SIDA, Gonorrea, Infecciones buco-dentales

Asesoramiento Genético: Especialmente en mujeres con:

Niños afectados en embarazo previo, Edad mayor de 35 años. Antecedentes familiares de enfermedad genética, exposición a tóxicos ambientales, características étnicas especiales: Beta talasemia: italianas y griegas; raza negra: anemia a células falciformes.

Presencia de enfermedades crónicas:

Hipertensión crónica, diabetes mellitus, anemia, enfermedades cardiovasculares, patología útero-anexial, carcinoma de mamas, otras neoplasias, enfermedad renal o tiroidea, colagenosis.

Medicación:

Durante la visita preconcepcional se deben advertir sobre drogas teratogénicas que pueda estar consumiendo la mujer por padecer enfermedades crónicas como por ejemplo el litio, antagonistas de los folatos, ácido valproico, prednisona, Warfarina, etc.

Iniciar en ese periodo la toma de ácido fólico, para reducir la incidencia de defectos del tubo neural en el recién nacido.

Educación.

Asegurar el cálculo de la edad gestacional, se debe orientar sobre: el registro de las menstruaciones para disminuir el porcentaje de mujeres que desconocen la fecha de última regla o tienen dudas.

Evitar embarazos en edades menores de 18 años o mayores de 35 años.

Evitar intervalos ínter genésicos cortos: Embarazos con menos de 24 meses de intervalo.

Hábitos y estilos de vida. Nutrición: La futura madre debe tratar de llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con una poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con Diabetes, Hipertensión y Macrosomía fetal, lo cual también aumenta el riesgo perinatal.

La incidencia de los defectos del tubo neural puede ser reducido en parte con suplementación preconcepcional de vitaminas que contengan Acido Fólico.

Fumar: El cigarrillo es un tóxico directo sobre el feto produciendo serias alteraciones, entre ellas el retardo en el crecimiento intrauterino.

Consumo de alcohol: El alcohol debe evitarse antes y durante todo el embarazo y la lactancia.

Consumo de drogas: Cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc., se asocian con retardo en el crecimiento intrauterino y muerte perinatal

Consumo de cafeína en exceso: Se puede asociar con bajo peso al nacer.

5.6.2. Atención prenatal

Definición:

Es un componente de la atención en Salud Sexual y Reproductiva que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud según el riesgo identificado, a fin de controlar la evolución del embarazo y de preservar la salud de madre, hijo o hija durante su gestación. Toda mujer debe ser atendida indistintamente de la vestimenta que lleve, de que tenga el documento de identidad, de la certeza de su embarazo o de que haya perdido la cita.

Actividades:

Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal. Concepto de Enfoque de Riesgo: Es la identificación de un conjunto de factores, que al estar presentes en el individuo, aumenta la probabilidad de que experimente un daño.

Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal: De acuerdo al enfoque de riesgo, la atención o control prenatal ubica a la población en dos grupos de riesgos:

- Embarazadas de bajo riesgo.
- Embarazadas de alto riesgo.

Esta Clasificación se hace en base a los siguientes factores:

- **Edad:** menos de 18 años y mayores de 35 años
- **Paridad:** IV gestaciones y más.
- **Intervalo intergenésico:** menos de 24 meses entre uno y otro embarazo
- **Patologías del embarazo:** el antecedente personal y familiar o la presencia de alguna patología en el embarazo determina el riesgo.
- **Condiciones socioeconómicas:** la presencia de algunos factores tales como analfabetismo materno, pobreza crítica, unión inestable, entre otros. **La presencia de uno o más de estos factores determinan el riesgo. Embarazadas de Bajo Riesgo:** son aquellas que evaluadas integralmente, presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no se evidencia en ellas factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes de patología ginecoobstétrica perinatal o general, patología intercurrente, pérdidas reproductivas o embarazo no deseado.

Embarazo de Alto Riesgo Tipo I: se encuentran en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o sociales:

Embarazo de alto riesgo Tipo III: son las embarazadas de mayor riesgo y las que ameritan la atención mas especializada. Se dividen en dos subtipos

- La gestación ocurre con patología ginecoobstétrica y /o fetal y/o patología general, que afecta la salud materna y/o fetal con o sin antecedentes de morbilidad materna y/o mortalidad perinatal

Hay antecedentes de mortalidad perinatal:

Muertes perinatales Síndrome de TORCHS (Citomegalovirus, Rubeola, Toxoplasmosis, Herpes simple tipo I y II, Sífilis) Otras, entre ellas Hepatitis B, Coxsakie B, Coriomeningitis, Parotiditis, Polio, varicela, Encefalitis, Haemophilus, Salmonellosis, Gonorrea, Candidiasis, estreptococia A y B, Tuberculosis, Chagas, Paludismo, VIH/SIDA.) Isoinmunización Abortadora habitual Infertilidad Incompetencia cervical Malformaciones congénitas uterinas Tumores ginecológicos Cáncer extragenital Hipertensión arterial Preeclampsia/eclampsia Hemorragias obstétricas Presentaciones anormales Estrechez pélvica Placenta previa Embarazo prolongado Amenaza de parto prematuro Embarazo múltiple Anemia menor de 9 y Hto menor de 30 Diabetes y otras endocrinopatías Cardiopatías Nefropatías Colagenosis Púrpura y hemoglobinopatías Desnutrición severa Psicopatías

Características del Control Prenatal:

PRECOZ: El primer contacto debe realizarse temprano, durante el primer trimestre de la gestación (en lo posible), ello permite la identificación del alto riesgo y la ejecución oportuna de acciones de salud.

- Analfabetismo
- Pobreza crítica
- Vivienda no accesible al establecimiento de salud
- Unión inestable
- Trabajo con esfuerzo físico
- Stress
- Tabaquismo, alcohol, otras drogas
- Embarazo no deseado
- Control prenatal tardío
- Edad Materna menor de 18 y mayor de 35 años
- Talla menor de 150 centímetros
- Peso materno menor de 45 Kg u obesidad
- Paridad mayor de IV
- Intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años

Embarazo de Alto Riesgo tipo II: Sen encuentran en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más antecedentes de patología ginecoobstétrica, perinatal o general, con o sin morbilidad materna y/o perinatal:

- Bajo peso al nacer
- Peso inadecuado para la edad gestacional
- Fetos gigantes
- Malformaciones congénitas fetales
- Trauma y/o infección fetal
- Retardo mental
- Parálisis cerebral
- Madre Rh (-) no sensibilizada
- Edad gestacional desconocida
- Parto prematuro
- Embarazo prolongado
- Preeclampsia o eclampsia
- Cesárea anterior
- Ruptura prematura de membranas
- Distocias dinámicas
- Hemorragias obstétricas
- Mola hidatiforme

- Accidentes anestésicos
- Trastornos neurológicos periféricos

- Confirmación del embarazo.
- Detección de enfermedad materna subclínica.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones que puedan afectar el proceso reproductivo.
 - Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Evaluar el estado general de la gestante y disminuir las molestias y síntomas menores del embarazo.
 - Preparar la gestante para el parto.
 - Clasificar según el criterio de riesgo.
- Informar, educar y comunicar con el fin de conservar la salud de la madre, la pareja y/o la familia.
- Desarrollar actividades para el mejoramiento de los servicios de atención, sistema de referencia-contrareferencia, logística, suministro y equipos necesarios.
 - Orientar al equipo de salud en el manejo de la consulta prenatal.
- Realizar actividades de promoción para la incorporación de la comunidad y la familia en el fomento de la salud materna.
- Coordinar con la pareja los pasos necesarios para la evolución del embarazo y la atención del parto.
- Orientación a la pareja, que abarque los siguientes aspectos: Actividad sexual durante el embarazo
Importancia del reposo pre-natal, como preparación para el parto y del reposo postnatal.

Tipo de Control Prenatal
Precoz
hasta 13

Semanas de Gestación
Tardía
14 y más

PERIODICO: *La frecuencia del control varía según el riesgo que presenta la embarazada.*

COMPLETO: Los contenidos mínimos del Control Prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

AMPLIA COBERTURA: Mientras mayor sea el porcentaje de embarazadas controladas, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Métodos para el Cálculo de la Edad Gestacional.

Uso del Calendario: Es el método mas preciso en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que últimamente, no hayan estado tomando anticonceptivos. Esto supone conocer la fecha de la última menstruación. **Uso del**

Gestograma o Disco Obstétrico: Se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la regla, la fecha corresponde a la edad gestacional. **Evaluación del tamaño uterino:** El examen uterino bimanual antes de las 16 semanas de gestación, provee un dato de gran valor para determinar la edad gestacional (cuando se desconoce la última regla)

Antropometría Ecográfica: Su aplicación está basada en la relación que existe entre amenorrea, el desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto mas temprana se realice, se obtiene mayor precisión.

- Longitud máxima céfalo-caudal (parámetro más fiel).
- Diámetro biparietal.
- Longitud del fémur.

Cálculo de la fecha probable del parto.

La fecha probable del parto se ha estimado sobre la base de la duración promedio de un embarazo normal (280 días o 40 semanas de gestación a partir de la FUR)

Métodos para el cálculo:

Gestograma.

Regla de Naegele (más usada) Se le agregan 7 días al primer día de la última menstruación y se retrocede 3 meses.
Ejemplos:

F.U.R. = 07/05/03 F.P.P. = 14/02/04

F.U.R. = 28/06/03 F.P.P. = 05/04/04

Concentración: Número de Consultas al año:

- Bajo Riesgo: Seis (6) consultas como mínimo
- Alto Riesgo: El número de Consultas de acuerdo al riesgo de la usuaria.

El esquema de seis (6) Consultas, será de la siguiente manera:

1ra. Consulta: en el transcurso de las primeras 13 semanas.

2da. Consulta: entre las 15 - 18 semanas

3ra. Consulta: entre las 22 - 24 semanas

4ta. Consulta: entre las 27 - 29 semanas

5ta. Consulta: entre las 33 - 35 semanas 6ta. Consulta: entre las 38 - 40 semanas

Después de las 38 semanas de gestación se requiere efectuar controles prenatales semanales con el objeto de detectar, prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal en este periodo, evitando de esta forma el embarazo cronológicamente prolongado. La atención del control prenatal se realizará hasta las 41 semanas inclusive, en las unidades de bajo riesgo, de tal manera que el control siguiente, se hará en un servicio de alto riesgo obstétrico (Tercer nivel de atención) donde se garantice el uso de la tecnología apropiada para la vigilancia del feto y la madre.

Rendimiento: Número de usuarias por Hora-Médico de Contratación:

- Bajo Riesgo: Cuatro (4) embarazadas por Hora-Médico, en una relación de una (1) de primera por tres (3) sucesivas.
- Alto Riesgo: Tres (3) embarazadas por Hora-Médico en una relación de una (1) de primera por dos (2) sucesivas.

Tecnología básica para el control prenatal:

- Gestograma (Ver anexo Gestograma)
- Cinta Obstétrica
- Estetoscopio de Pinard
- Historia Clínica Perinatal
- Carné Perinatal
- Otros: peso-tallímetro, tensiómetro, estetoscopio, termómetro, espéculo, etc.

Atención integral a la embarazada en la consulta prenatal.

Primera Consulta:

- Preclínica y toma de signos vitales.
- Historia Clínica Perinatal y Carné Perinatal con el llenado de los siguientes ítem: (ver anexo

Historia Clínica prenatal)

- Identificación.
- Antecedentes familiares y personales.
- Antecedentes obstétricos, el cual hace referencia a los embarazos anteriores, no incluye el actual.
- Gestación actual.
- Examen físico integral.
- Examen gineco-obstétrico, el cual debe incluir la toma de Citología independientemente de la edad gestacional.
- Solicitud de exámenes de laboratorio, entre los cuales son necesarios la Hematología Completa, Glicemia en ayunas, Urea, Creatinina, Grupo Sanguíneo, V.D.R.L., VIH, investigación de Toxoplasmosis y Hepatitis B, examen de orina (investigación de proteínas y sedimento).
- Evaluación Buco-dental.
- Inmunización con Toxoide Tetánico.
- Indicación de Suplementos Nutricionales: Sulfato Ferroso, Acido Fólico, Polivitaminicos y Calcio.
- Informar, educar y comunicar.
- Jerarquización según el enfoque de riesgo y referencia oportuna.
- Solicitud de interconsulta de acuerdo al caso.

Consultas Sucesivas:

- Preclínica y control de signos vitales.
- Revisión de la Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal.
- Interrogatorio actual.
- Cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto.
- Examen físico integral con especial atención en la exploración de mamas, pesquisa de edemas, cifras tensionales y valoración del incremento de peso.
- Examen gineco-obstétrico con atención en los latidos cardiacos fetales, altura uterina, colocación de espéculo y tacto vaginal cuando sea necesario.
- Seguimiento de la curva de peso materno y altura uterina.
- Identificar factores de riesgo materno para diabetes gestacional.
- Prueba de carga glucosada con 50 grs de glucosa, entre las semanas 24 y 28 de gestación en pacientes con factores de riesgo.
- Interpretación de los exámenes de laboratorio y solicitud de otros, si es necesario.
- Continuar con esquema de vacunación de toxoide tetánico según el Plan de Actividades.
- Jerarquizar nuevamente el riesgo de la usuaria y referir oportunamente de acuerdo al caso.
- Solicitar las interconsultas necesarias.
- Realizar los estudios ecográficos durante la semana 15, 28 y 32, condicionándolo a la disponibilidad del recurso.
- Informar, educar y comunicar en salud.
- Llenar la Historia Clínica Perinatal y Carné Perinatal.
- Minimizar el uso de medicamentos, especialmente antes de la semana 14.
- Continuar con los suplementos nutricionales.
- Planificar las Consultas subsiguientes.

Inmunizaciones:

Primera Dosis de Toxoide Tetánico al momento de la captación y la segunda dosis de seis a ocho semanas después de recibida la primera dosis. En caso de haber recibido inmunización completa con Toxoide Tetánico en los últimos cinco (5) años, la cual consiste en el esquema de dos (2) dosis a intervalo de ocho (8) semanas, luego un refuerzo cada año por tres (3) años hasta completar 5 dosis en total, en este caso aplicar, un refuerzo después de la semana veinte (20) de gestación o un mes antes del parto.

Estado nutricional de la mujer en edad fértil:

- Detección de las gestantes malnutridas e incorporarlas a programas nutricionales
- Controlar el incremento de peso durante la gestación mediante la Curva Incremento de Peso / semanas de Amenorrea cuando la embarazada conozca su peso habitual pre-gravídico y/o peso de la captación.
- Considerar subnutrición materna con incremento de peso menor que el p 25 o el peso para la talla es menor que el p 10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el p 90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta, retención hídrica, embarazo múltiple o feto macrosómico.
- Pesquisar la malnutrición fetal y ofrecerle atención priorizada (valorando altura uterina, peso materno y evaluación ecográfica) y atender especialmente aquellas con antecedentes de nacidos de bajo peso.
- Sospechar retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando el incremento de peso materno es inferior al que corresponde al p 25 (peso para la talla menor que el p 10) o la altura uterina inferior al p 10 de sus correspondientes curvas.
- Participación activa del personal de Nutrición y Dietética de los establecimientos, en las actividades de educativas sobre nutrición en la mujer gestante.
- Promover conocimientos sobre nutrición de la embarazada tanto al personal de salud como a comunidad.

Promoción y educación para la salud en la consulta prenatal:

El Equipo de Salud debe preparar el material para ofrecer oportunidades de aprendizaje sobre el autocuidado de la salud durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, en función de las necesidades identificadas. Proponemos un esquema de siete reuniones grupales.

Se recomienda incluir oportunidades de aprendizaje acerca del cuidado prenatal, su importancia y el rol protagónico de la gestante y su pareja o cualquier otro miembro del grupo familiar durante cada etapa del proceso reproductivo, así como también fomentar estrategias de información, educación y comunicación (I.E.C) sobre:

- Hábitos de Higiene personal y familiar.
- Nutrición Materna.
- Embarazo normal, factores de riesgo para el embarazo.
- Preparación en Psicoprofilaxis obstétrica
- Trabajo de parto.
- Puerperio.
- Lactancia Materna.
- Embarazo complicado.
- Planificación Familiar post-evento obstétrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA ATENCION INTEGRAL A LA EMBARAZADA

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | ACTIVIDADES PROPUESTAS |
|---|--|
| <p>Detectar riesgos en la población. Mejorar la calidad del Control prenatal. Planificar el Control Prenatal de la Madre. Fijar Cronograma de las actividades del Control Prenatal Conocer información relevante del embarazo. Evaluar el crecimiento fetal. Evaluar estado nutricional. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal. Detectar tabaquismo y otras adicciones. Evaluar estado clínico general, adaptación al embarazo y posible patología en curso. Detectar posibles alteraciones del pezón y patología tumoral de la mama. Detectar procesos sépticos dentales para su tratamiento.</p> | <p>Utilización de tecnologías apropiadas. Empleo de un Sistema Informático Perinatal. Anamnesis. Evaluación del Riesgo Perinatal. Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto. Investigación del peso pregestacional, y medición de la talla materna, ganancia de peso y altura uterina durante la gestación, complementar con estudios eco gráficos. Vacunación con toxoide tetánico. Determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh. Interrogatorio sobre tabaquismo, alcohol, y uso o abuso de otras drogas. Examen Clínico Integral. Examen de las mamas. Examen odontológico. Examen gineco-obstétrico, signos de probabilidad y certeza de embarazo.</p> |
| <p>Confirmar el embarazo. Confirmar la existencia de vida fetal. Anticipar el diagnóstico y prevención del parto prematuro. Detectar precozmente patología ginecológica. Detectar infecciones de transmisión sexual y del tracto genital. Detectar, prevenir y tratar anemia materna. Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina. Identificar y tratar infecciones urinarias. Pesquisar: hipertensión y/o hipertensión inducida. Detectar el embarazo múltiple. Descartar diabetes Mellitus . Detectar presentación fetal anormal. Detectar posibles distocias pélvicas.</p> | <p>Examen Clínico Integral y diagnostico de vida fetal. Evaluar el patrón de la contractilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad) Examen genital. Papanicolaou-colposcopia. Prevención, detección y tratamiento. Hemoglobina, administración de hierro y Acido Fólico. Examen de orina. Determinación de la proteinuria. Urocultivo y Antibiograma. Determinación de la presión arterial. Diagnóstico del número de fetos. Antecedentes, Determinar glicemia y tolerancia glucosada. Diagnóstico de la presentación fetal. Examen y evaluación de la pelvis.</p> |

ACTIVIDADES EN CONSULTA PRENATAL: ESQUEMA DE SEIS (6) CONSULTAS

| CONSULTA No. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| SEMANAS DE GESTACION | <14 | 15-18 | 22-24 | 27-29 | 33-35 | 38-40 |
| SUPERVISOR: | | | | | | |
| ACTIVIDADES | | | | | | |
| Elaboración de Historia Clínica Perinatal: | | | | | | |
| a. Interrogatorio General y Obstétrico | X | X | X | X | X | X |
| b. Examen Clínico Integral: | | | | | | |
| - Medición, registro, interpretación y valoración de la Talla, Peso y Tensión Arterial. | X | X | X | X | X | X |
| - Identificación de signos y síntomas de alarma (edema, sangrados, cefalea, signos de infección urinaria o vaginal) | X | X | X | X | X | X |
| - Examen de mamas. | X | X | X | X | X | X |
| - Medición de la altura uterina, registro, interpretación y valoración. | X | X | X | X | X | X |
| - Cálculo de la edad gestacional. | X | X | X | X | X | X |
| - Evaluación de frecuencia cardíaca fetal. | | | X | X | X | X |
| - Evaluación Ecográfica. Valoración de la cantidad de líquido amniótico, placenta y bienestar fetal. | X | | X | | X | X |
| - Pesquisa de anomalías genéticas en caso de ser necesario (estudio Líquido Amniótico por Amniocentesis) | | X | | | | |
| - Diagnóstico de Presentación fetal | | | | | X | X |
| - Evaluación de la pelvis | X | | | | | X |
| Contenidos educativos | X | X | X | X | X | X |
| Evaluar vulnerabilidad y riesgo | X | X | X | X | X | X |
| EXAMENES DE LABORATORIO | | | | | | |
| Hematología completa | X | | X | | X | X |
| Glicemia en ayunas | X | | X | | | X |
| Urea y creatinina | X | | | | | X |
| Grupo sanguíneo. Factor RH | X | | | | | X |
| VDRL | X | | X | | | X |
| HIV | X | | | X | | |
| Toxoplasmosis(IgM, IgG) | X | | | | | |
| Serología para Hepatitis B | X | X | | | | |
| Examen de orina | X | | X | X | X | X |
| Examen de Heces | X | | | | | |
| Citología | X | | | | | |
| Colposcopia(de acuerdo a resultado de citología) | | | | | | |
| Vacunación con Toxoide Tetánico | X | | X | | | |
| Examen odontológico | X | | | | | |
| Suplementación con hierro, ácido fólico, calcio | X | X | X | X | X | X |

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO Y SU TERATOGENICIDAD

| | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Penicilina A | Naproxeno B | Diazepan C | Acido Valproico D |
| Ibuprofeno B | Nitrofurantoina B | Efedrina C | Fenitoina D |
| Amilorid B | Nistatina B | Etambutol C | Heparina D |
| Carbenicilina B | Fenobarbital B | Estreptomicina C | Hidroclorotiazida D |
| Cefaclor B | Sulfonamidas B | Furocemida C | Hidroclorotiazida D |
| Cefazolina B | Amikacina C | Gentamicina C | Litio D |
| Clindamicina B | Aminofilina C | Isoniazida C | Metimazol D |
| Digital B | Amoxicilina C | Metildopa C | Propiltiuracilo D |
| Eritromicina B | Aspirina C | Nadolol C | Dicumarol X |
| Hidralazina B | Betametasona C | Propanolol C | Metotrexate X |
| Insulina B | Carbamacepina C | Prednisolona C | Warfarina X |
| Lincomicina B | Cloranfenicol C | Rifampicina C | |
| Meperidina B | Clorpromazina C | Tetraciclinas C | |
| Morfina B | Dexametasona C | Teofilinas C | |

The Food and Drug Administration (FDA) ha establecido cinco (5) categorías (A, B, C, D, X) que indica el potencial de la droga para causar efectos adversos. La etiqueta describe la información apropiada de la categoría que ha sido clasificada una droga sistemáticamente absorbida y que debe ser administrada durante el embarazo.

Categoría A: Se aplica a las drogas donde estudios bien controlados efectuados en mujeres, no mostraron un riesgo para el feto. Sin embargo deberían ser usadas durante el embarazo cuando son estrictamente necesarias.

Categoría B: Indica (1) Que los estudios realizados en animales no han demostrado un riesgo fetal pero que no se han efectuado estudios adecuados en mujeres (2) Que los estudios en animales han demostrado cierto riesgo que no fueron confirmados en estudios en mujeres y animales.

Categoría C: Indica que los estudios efectuados en animales han revelado efectos adversos en el feto y no se han realizados estudios de control adecuados en mujeres y/o no se han llevado estudios en mujeres y animales.

Categoría D: Incluye las drogas que en los experimentos con humanos han demostrado asociación con defectos en el nacimiento, pero que los beneficios potenciales de las drogas pueden ser aceptados a pesar de su riesgo conocido. Cuando se administra una droga de Categoría D a una embarazada, ésta debe ser informada sobre el riesgo potencial para el feto.

Categoría X: Incluye las drogas sobre las que han demostrado anomalías fetales en animales y humanos y cuyo riesgo potencial supera visiblemente los beneficios potenciales. Dichas drogas están contraindicadas definitivamente durante el embarazo.

NIVELES DE ATENCION INTEGRAL A LA EMBARAZADA

| Criterios de Riesgo | Niveles de Atención | Actividades |
|------------------------------|---|--|
| | Nivel III | Atención especializada del equipo de Salud. |
| ALTO RIESGO | Hospital II, III, IV | Apoyo de Alta Tecnología. Cuidados intensivos Perinatales. Exámenes Clínicos y Paraclínicos de Alta Complejidad. |
| BAJO + RIESGO | Nivel II Hospital 1 Red ambulatoria | Atención especializada del Equipo de Salud. Exámenes Clínicos de mediana complejidad. |
| | Nivel 1 Red Ambulatoria | Atención general del equipo de Salud. Exámenes Clínicos básicos de apoyo. |

5.6.3. Atención del parto

Comprende un conjunto de acciones orientadas a asistir oportuna y adecuadamente a toda embarazada durante el trabajo de parto y el parto y al recién nacido en el lugar de su nacimiento.

Asistencia durante la admisión:

Objetivo: Diagnosticar el Trabajo de Parto e identificar el riesgo.

La embarazada consulta por lo que son, o creen que son, síntomas de trabajo de parto, percepción de contracciones uterinas, pérdida de mucosidad, líquido o sangre por genitales. El equipo de salud debe realizar las siguientes actividades:

Actividades:

- Identificación.
- Lectura e interpretación del carnet perinatal.
- Interrogatorio: permite evaluar síntomas del parto, antecedentes y nuevas circunstancias desde el último control.
- Antecedentes familiares y personales. Antecedentes obstétricos.
- Embarazo actual.
- Examen clínico integral. Examen obstétrico.
- Identificar riesgo y clasificarlas, tomar decisiones para: Ingreso, egreso con recomendaciones, o referencia al nivel de atención que corresponda.
- Llenado de la Historia Clínica Perinatal. (ver anexo Historia Clínica Perinatal)

Para confirmar el inicio del trabajo de parto se han establecido los siguientes signos y síntomas:

- Contracciones uterinas periódicas y regulares.
- Frecuencia de dos (2) contracciones o más en 10 minutos.
- Cuello uterino parcialmente borrado.
- Dilatación de 2 o más centímetros en las nulíparas o en progreso en las multíparas.

A. Asistencia durante el periodo de dilatación. Objetivos: Controlar el bienestar materno y fetal, detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos (progreso de parto), evaluar riesgo y referir al nivel apropiado y aplicar medidas correctivas.

Actividades:

- Aplicar enema evacuador: si tiene menos de 5 centímetros de dilatación con membranas íntegras.
- Realizar baño corporal de ser posible
- Realizar cambio de vestimenta a la paciente
- Utilizar la vestimenta adecuada y realizar debida asepsia y antisepsia, cada vez que se tenga contacto con la embarazada.
- Dieta: permitir líquidos azucarados, o decidir dieta absoluta según criterio médico.
- Respetar la posición que la embarazada desee adoptar siempre que no exista contraindicación médica. Se debe promover la de ambulación alternada con reposo en posición sentada o decúbito lateral izquierdo para favorecer el retorno venoso.
- Orientar a la embarazada sobre técnicas de relajación y respiración de acuerdo al grado de dilatación.
- Proveer cuidados permanentes durante el trabajo de parto.
- Mantener vía periférica permeable.
- Registrar los medicamentos usados: tipo, dosis, vía de administración y frecuencia, sólo en caso de ser necesario el empleo de oxitócico usar el esquema de 2,5 ml en 500 cc de dextrosa al 5% a razón de 21 gotas por minuto respectivamente. Su administración debe estar condicionada por el conocimiento pleno de los riesgos y complicaciones que supone el uso indiscriminado de los mismos.
- Control de signos vitales cada 2 horas y de acuerdo a la evolución clínica (tensión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria)
- Controlar el bienestar materno y fetal mediante la verificación y registro en el Partograma (ver anexos), cada hora de la dinámica uterina por palpación (tono, intensidad, frecuencia, duración) antes, durante y después de la contracción uterina.
- Verificación y registro en el partograma de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, antes, durante y después de la contracción uterina.
- Mantener las membranas ovulares íntegras hasta los 5 centímetros de dilatación en embarazos normales. (según normas internacionales de OMS)
- Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del trabajo de parto mediante la verificación y registro en el partograma (ver anexo) del progreso de la dilatación cervical y el descenso de la presentación a través de exploraciones vaginales (previo aseo perineal y demás técnicas de asepsia y antisepsia) El tacto vaginal debe realizarse cada 4 horas en la primera parte del periodo de dilatación, hasta los 5 cm., en los casos de evolución normal; a partir de 5 cm. practicar el tacto cada 2 horas según el partograma y constatar:
 - Borramiento y dilatación cervical.
 - Tipo y descenso de la presentación (Planos de Hodge)
 - Variedad de posición, asinclitismo. Bolsa serosanguínea, cabalgamiento óseo.
 - Características del líquido amniótico, en caso de ruptura espontánea de membranas.
 - Evaluar riesgos y en caso de ser necesario referir al nivel apropiado oportunamente.
 - Trasladar a la sala de parto con dilatación cervical completa en las primigestas y mayor de 7 cm. en las múltiparas.

PLANOS DE PELVIS Y SU RELACION CO N LA ALTURA DE LA PRESENTACION

| | PLANOS DE HODGE (ESCUELA EUROPEA) | ESTACIONES DE LEE(ESCUELA AMERICANA) |
|---|--------------------------------------|--|
| Borde superior del pubis y promontorio | I PLANO | ESTACION - 4 |
| Borde inferior del pubis y unión 2ª y 3ª vértebra sacra | II PLANO | ESTACION - 2 |
| Paralelo al anterior y pasa por Espinas ciáticas | III PLANO | ESTACION - 0 |
| Paralelo al anterior y pasa por Vértice del coxis no retropulsado | IV PLANO Planos Paralelos | ESTACION + 4 Planos perpendiculares al canal del parto. |

Asistencia durante el periodo Expulsivo.-

Objetivo: Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del período expulsivo, prevenir trauma obstétrico y prevenir hipoxia fetal. La duración del Período expulsivo para la nulípara es de 30 a 45 minutos y en las multíparas de 15 a 20 minutos.

Actividades: El equipo de salud atenderá las siguientes indicaciones:

- Dieta absoluta e hidratación adecuada de la paciente.
- Usar gorro, tapa boca, botas y vestimenta apropiada para la atención de la parturienta.
- Lavado con agua, jabón y cepillo de las manos y antebrazo por encima del codo durante dos (2) minutos y repetir durante 15 a 30 segundos.
- Colocación de gorro, bota y bata de paciente a la usuaria para la atención del parto.
- Aseo vulvo perineal y colocación de campos estériles para la prevención de infecciones.
- Preparación del equipo mínimo para la atención del parto y atención y/o reanimación del recién nacido.
- Control de signos vitales de la parturienta.
- Control de la frecuencia cardíaca fetal con uso del estetoscopio de Pinard y/o Doppler cada 5 minutos entre las contracciones.
- Vigilancia de las contracciones uterinas (tono, frecuencia, duración e intensidad)
- Valoración mediante tacto genital de la evolución del trabajo de parto (membranas ovulares, avances y rotación de la presentación, variedad de posición y proporción céfalo pélvica).
- Asistencia durante el periodo expulsivo, mediante maniobras suaves para prevenir el trauma obstétrico y neonatal.
- Usar sólo bajo estricta prescripción médica instrumentos de extracción (fórceps), y se prohíbe la maniobra de presión sobre el fondo uterino (Kristeller), para acelerar la expulsión.
- Utilizar adecuada protección perineal para la prevención de desgarro vulvo perineal, incluyendo el uso de episiotomía en nulípara, en multíparas con periné resistente y en todo caso de aplicación de instrumentos extractores donde se estime que las condiciones aumenten el riesgo de desgarro.
- Alumbramiento dirigido, para prevenir hemorragia postparto.
- Evitar la posición de litotomía o ginecológica clásica. También se evitará que las piernas estén colgando y/o atadas a las perneras.
- Las posiciones para libre elección de la parturienta son las siguientes: Semisentada (respaldo de la cama de parto con un ángulo de 110 - 120°) Sentada (con respaldo de la cama de parto en ángulo en 90°) Cuclillas (impide la auscultación fetal, la protección del periné y la recepción del recién nacido por un tercero).
- Registrar los medicamentos usados: tipo, dosis, vía de administración y frecuencia.

Equipo mínimo para la atención del parto:

Equipo e instrumental:

- Cama de parto.
- Estetoscopio de Pinard
- Cinta métrica.
 - Amniotómo.
 - Episiotómo.
 - Tijera recta.
 - Porta agujas.
 - Pinzas de Kocher.
 - Tensiómetro

Equipo de revisión uterina:

- Valvas vaginales.
- Pinzas de Aro (4).
- Pinzas de Bozzeman.

Material médico-quirúrgico:

- Gasas.
- Compresas.
- Algodón.
- Inyectadoras.
- Pinzas de disección con y sin diente.
- Pinzas de Aro.
- Clamps o hilo de seda.
- Equipo de anestesia.
- Oxígeno con flujómetro.
- Bolsa de reanimación.
- Espéculos (medianos y grandes).
- Fórceps.
- Curetas de Sims y cureta de Pinard.
- Suturas.
- Equipo de venoclisis.
- Guantes.
- Sondajes de Foley.

Medicamentos:

Oxitócicos, soluciones, analgésicos, antibióticos, sulfato de magnesio, adrenalina, atropina, gluconato de calcio, bicarbonato de sodio, Heparina, Utero inhibidores, antihipertensivos, diuréticos, sedantes, anestésicos, enema evacuador descartable.

Lencería:

- Carpeta o envoltorio exterior:
- Campo para secado de manos: 2
- Bata manga larga: 2
- Campos cerrados grandes: 4, doblados por la mitad

- Perneras: 2
- compresas: 2
- batas adicionales

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS

| SIGNOS Y SINTOMAS | EMERGENCIAS OBSTETRICAS |
|--|--|
| <p>Presión arterial por encima de las cifras habituales de la gente (si se tienen datos anteriores del control) o cifras iguales o superiores a 140/90 Mm Hg. Edema matutino de miembros inferiores. Edema en manos y cara. Cefalea intensa y persistente. Visión borrosa que puede ir acompañada de escotomas centellantes Zumbidos en oídos Disminución de la cantidad de orina o anuria. Dolor abdominal en epigastrio. CONVULSIONES.</p> | <p>Antes de la semana 20 de la gestación: Hipertensión crónica agravada por la gestación Después de la semana 20 de gestación: Hipertensión gestacional, Preeclampsia leve y grave, eclampsia.</p> |
| <p>Sangrado vaginal: sin dolor o con dolor abdominal variable, de acuerdo a la patología. Signos de choque hipovolémico: Hipotensión, taquicardia, palidez, sudoración, piel fría.</p> | <p>Primera mitad gestación: * Embarazo ectópico. * Amenaza de aborto.</p> <p>Segunda mitad de gestación: * Mola Hidatiforme. * Placenta Previa. * Desprendimiento prematuro de placenta.</p> <p>Postparto: * Retención de restos placentarios. * Atonía uterina. * Desgarros. * Rotura uterina. Inversión uterina.</p> |
| SIGNOS Y SINTOMAS | EMERGENCIAS OBSTETRICAS |
| <p>Temperatura elevada, escalofríos. Disuria. Expulsión de líquido amniótico con fetidez. Loquios fétidos y/o purulentos. Involución uterina y sensibilidad abdominal en hipogástrico.</p> | <p>Sepsis: Infección en vías urinarias Corioamnionitis Endometritis postaborto, postparto, postcesárea. Mastitis</p> |
| <p>Salida de líquido amniótico por la vagina antes o al iniciar trabajo de parto.</p> | <p>Ruptura prematura de membranas</p> |
| <p>Flujos vaginales anormales y/o presencia de lesiones en genitales o piel.</p> | <p>Infecciones de transmisión sexual</p> |
| <p>Dos o mas contracciones uterinas en 10 minutos y salida de tapón mucoso antes de la semana 36 de la gestación</p> | <p>Trabajo de parto prematuro</p> |
| <p>Ausencia de movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal menor de 120 por minuto o mas de 160 minutos. Ausencia de latido cardíaco fetal</p> | <p>Sufrimiento fetal agudo, Muerte fetal</p> |
| <p>Ausencia de movimientos respiratorios, cianosis peribucal y de uñas</p> | <p>Problemas cardiacos y respiratorios.</p> |

5.6.4. Asistencia al recién nacido

Objetivo: Brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, interviniendo precozmente en aquellos casos que presenten situaciones que pongan en riesgo su vida o se asocien con secuelas.

Este objetivo se logra con en cumplimiento de las siguientes actividades:

Actividades para la atención integral del recién nacido

- Al ingresar la embarazada, determinar la situación prenatal a través de la historia materna, el embarazo, el trabajo de parto, que pueden estar asociados a nacimientos de alto riesgo (Revisión de la Historia Clínica Perinatal)
- En el momento que ingresa la gestante a la sala de partos, preparar la mesa de reanimación, la fuente de calor radiante, la mesa con un campo limpio y el equipo de aspiración y reanimación. Se prepara la mesa de recepción y se solicita la presencia inmediata del responsable de atender al niño.
- Proporcionar un ambiente ideal al recién nacido para mantener su temperatura corporal normal, con la mínima pérdida de calor de manera de conservar los procesos metabólicos vitales basales y evitar aumento en el consumo de oxígeno y la actividad metabólica.
- Colocarse guantes limpios y estériles, botas, bata quirúrgica y tapaboca limpio.
- Aspirar el feto desde la expulsión de la cabeza y antes de la extracción del cuerpo con pera de succión limpiando la boca y las fosas nasales continuándola hasta la salida del recién nacido.
- Apenas se produzca el nacimiento, colocar el neonato sano sobre el abdomen de la madre y proceder a secar la cara, boca y fosas nasales con un campo estéril. Esperar que el cordón deje de latir y proceder a la sección del mismo, a una distancia no menor de 15 cm del abdomen del niño y dejando varios centímetros entre las dos (2) pinzas y tomar muestra de sangre del cordón. En caso de incompatibilidad, sufrimiento fetal, eritroblastosis fetal, el pinzado debe ser inmediato en los primeros 15 segundos. En caso de prematuros sin patología adicional debe realizarse al minuto. Si ocurre hemorragia placentaria se procederá a los 2 minutos. Iniciar apego precoz. Realizar cuidados inmediatos, uso de vitamina k intramuscular, colirio, limpieza corporal, examen físico, biometría. evaluación de Apgar, Capurro y Silverman.

En caso de recién nacido en situación de alto riesgo:

- Colocar el neonato en la mesa de reanimación, bajo la lámpara de calor radiante en posición de Trendelenburg (Angulo alrededor de 30°) y proceder a la succión de la orofaringe para asegurarse de que el niño no tenga nada que aspirar. Se recomienda el uso de la pera para no producir Bradicardia o Apnea. Sujetar suavemente la cabeza del recién nacido, evitando la hiperextensión y con los dedos índice y medio se realiza presión suave sobre el mentón para abrirle la boca y limpiar las secreciones en cavidad bucal y fosas nasales con la pera de succión, la cual debe colapsarse antes de introducir la cánula en la nariz y/o boca del neonato.
- Cuando el líquido amniótico es meconial o el niño nace deprimido, proceder a aspirar con sonda de succión conectada al aspirador (Nelaton No. 8 ó 10), previo pinzamiento con los dedos índices y pulgar e introducir suavemente en la boca del recién nacido, una vez dentro, soltar el pinzado y aspirar, sin succionar muy vigorosamente, con ligeros movimientos de entrada y salida de la sonda en sentido lineal y no circular para evitar respuesta vagal. La succión no debe durar más de 10 segundos.
- Prevenir cuadros hemorrágicos con el empleo de la Vitamina K, un miligramo intramuscular, en pretérmino use 0,5 miligramos (cara lateral del muslo)
- Realizar examen físico breve e integral del recién nacido con peso, talla, circunferencia cefálica, torácica y abdominal. Los elementos guías para el examen inicial, son la determinación de la viabilidad, evidencias de traumatismo obstétrico, problemas en la adaptación inmediata y defectos y patologías congénitas cuya detección precoz beneficia su manejo. Es muy importante

obtener los mayores datos posibles para informar a los padres sobre la salud de su hijo (a), sin interferir con la normal adaptación mediante maniobras semiológicas prolongadas. El método de Capurro es útil para establecer la edad gestacional, el método de Ballard para valoración física-neurológica y el índice de Silverman - Anderson es utilizado para evaluar el estado respiratorio en recién nacidos con problemas.

- Proceder a la limpieza corporal del recién nacido con compresas estériles tibias, sin remover el unto sebáceo.
- Practicar ligadura del cordón umbilical con hilo grueso estéril o pinza plástica descartable, seccionando el excedente con tijera estéril, a 5 centímetros de la piel del bebé.
- Aplicar esquema de inmunizaciones según las pautas establecidas por el MSDS
- Referir el neonato a la consulta de recién nacidos a los 7 y 27 días, tratando de hacerla coincidir con la consulta de control postnatal.

Atención inmediata:

- Garantizar condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina
- Prevenir la pérdida de calor
- Vigilancia de la respiración espontánea
- Profilaxis y control de infecciones
- Detección de hipotiroidismo errores innatos del metabolismo
- Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto
- Apego precoz y alojamiento conjunto
- Amamantamiento inmediato
- Otorgar ciudadanía
- Evaluación y referencia adecuada

Para garantizar condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina:

- Evitar pérdida de calor
- Asegurar permeabilidad de vías respiratorias
- Evaluar frecuentemente al recién nacido y mantenerlo vigilado
- Estimular el apego precoz
- Detectar tempranamente malformaciones externas.
- Realizar antropometría (peso, talla, circunferencia cefálica, abdominal)
- Evaluar vitalidad, Fc, FR y temperatura
- Evitar maniobras bruscas
 - Permitir el contacto temprano con sus padres Prevenir las pérdidas de calor:
- Colocar con la madre piel a piel
- Apego precoz
- En caso necesario colocar en fuente de calor, secar y abrigar con pañal tibio seco

Vigilancia de la respiración espontánea:

- Estimulación táctil sutil
- Succión boca nariz
- Mantener vías aéreas permeables
- Evitar agitarlo, palmearlo o aspirarlo bruscamente
- Evaluar respiración, frecuencia cardiaca, color (aplicar test de apgar) Evaluar el Apgar del recién nacido al primer minuto, a los 5 minutos y repetir a los 10 minutos. De acuerdo al estado de vitalidad con la que nace el niño se tienen los siguientes puntajes:
- Entre 7 y 10 puntos: Apgar normal.
- Entre 4 y 6 puntos: Apgar intermedio (depresión moderada)
- Entre 0 y 3 puntos: Apgar bajo (depresión severa) Si el recién nacido tiene Apgar normal debe

colocarse al seno materno para favorecer la vinculación afectiva madre-hijo, la lactancia materna y el éxito del alumbramiento.

PUNTAJE DE APGAR

| ELEMENTO | SIGNO | METODO PARA ASIGNAR PUNTUACION | 0 | 1 | 2 |
|-------------|-----------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Aspecto | Color | Evaluación visual | Cianosi, palidez general. | Cuerpo rosado. Acrocianosis | totalmente rosado. |
| Pulso | Frecuencia Cardíaca | Pulso del Cordón umbilical o auscultar corazón | Ausente. | < 100 | > 100 |
| Gesto | Iritabilidad refleja | Estímulo de la planta del pie. | Sin respuesta | Movimiento moderado | Llanto. |
| Actividad | Tono muscular | Manipulación de la extremidad. | Flacidez e inmovilidad | Moderada Flexión de extremidad. | Flexión adecuada. |
| Respiración | Esfuerzo respiratorio | Evaluación visual. | Ausente | Hipoventilación lenta e irregular | Llanto vigoroso |

Tomada de Ostheimer G.W. Clinic Obstetric Gynecology. 24: 635. 1981.

Tomada de Ostheimer G.W. Clinic Obstetric Gynecology. 24: 635. 1981.

- En caso de respiración comprometida, aplicar protocolo de reanimación asistida por personal entrenado.

Profilaxis y control de Infecciones:

- Asegurar un ambiente limpio
- Usar vestimenta adecuada
- Mantener un lavado estricto de las manos, antes y después de manipular al recién nacido
- Profilaxis de oftalmia del recién nacido
- Evaluar constantemente el proceso de atención inmediata al recién nacido
- Mantener un registro permanente de Infecciones intrahospitalarias

Detección de Hipotiroidismo y errores innatos del metabolismo:

- Tomar muestra de sangre entre los primeros 2 a 5 días de vida
- Enviar muestras de sangre al laboratorio regional
- En caso de resultado negativo informar al centro asistencial y a los padres
- En caso de resultado sospechoso referir al especialista, notificándolo inmediatamente a padres, centro asistencial y al laboratorio.

Prevención del Retraso Mental producido por Hipotiroidismo Congénito y detección precoz de los Errores Congénitos del Metabolismo.

- Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre el nacimiento y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) y Errores Congénitos del Metabolismo, en sangre extraída

por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental) La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

- La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.
- El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotropina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.
- El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos) de L-tiroxina por kilo de peso por día)
- El control y el tratamiento del paciente debe continuarse y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto:

- Detectar tempranamente lesiones consecutivas al parto o por maniobras instrumentales y/o anomalías de actitud o inamovilidad
- Detectar tempranamente defectos congénitos existentes y/o anomalías cromosómicas
- Informar al padre y a la madre sobre el diagnóstico, evaluación y pronóstico
- Coordinar la atención con otros niveles

Amamantamiento inmediato:

- Colocar al recién nacido al pecho, inmediatamente después del parto (apego precoz)
- Asegurar el contacto piel a piel de madre y recién nacido (estrecha el vínculo afectivo)
- Asegurar el alojamiento conjunto madre-niño.
- Promover la lactancia materna exclusiva
- En niños con situación especial, establecer criterios adecuados de alimentación como lactarios, bancos de leche materna.
- Evitar la separación del niño y la madre.
- Evitar el suministro de soluciones glucosadas y/o fórmulas lácteas

Evaluación y referencia adecuada:

- Realizar un examen físico integral que determine: gravedad de las patologías, presencia de malformaciones congénitas, valoración antropométrica, determinación de peso según edad gestacional, mecanismos de adaptación extrauterina y tipo de riesgo.
- Referir al recién nacido según riesgo y/o patología a los diferentes niveles de atención según capacidad resolutoria
- Asegurar las interconsultas de seguimiento con las diferentes especialidades, según riesgo y/o patología
- Llenar adecuadamente los formularios de registro, para vigilancia epidemiológica

Otorgar ciudadanía:

- Asegurar el llenado correcto de la constancia de nacimiento vivo (ver anexo en pag. 129 y 130)
- En caso de muerte del recién nacido, asegurar el llenado correcto del certificado de defunción

Consulta de Recién Nacidos:

Población Objeto: Esta conformado por el total de Recién Nacidos obtenidos. Cobertura: El Programa plantea cubrir el 60% de los recién nacidos.

Concentración:

- Bajo Riesgo: Dos (2) Consultas por recién nacido antes de los 28 días de nacimiento: Primera Consulta: Siete (7) días de nacido. Segunda Consulta: 27 días de nacido.
- Alto Riesgo: El número de Consultas necesarias de acuerdo al riesgo del recién nacido.
Rendimiento:
- Bajo Riesgo: Cuadro (4) recién nacidos por Hora-Médico de contratación. En una relación de uno (1) de primera vez por tres (3) de Control.

Algunas situaciones de Alto Riesgo en que puede preverse la reanimación.

| Situación de Alto Riesgo | Intervención Primaria |
|--|---|
| Parto Pretérmino | Intubación, Expansión Pulmonar |
| Líquido Meconial Espeso | Aspiración Endotraqueal |
| Hemorragia Materna | Expansión de Volumen |
| Uso de Narcóticos en el Trabajo de Parto | Administración de Naloxona |
| Hidrops Fetal | Intubación, Paracentesis o Toracocentesis |
| Polihiidramnios (Obstrucción Gástrica) | Aspiración Nasogástrica |
| Oligoamnios (hipoplasia Pulmonar) | Intubación, Expansión Pulmonar |
| Infección Materna | Administración de Antibióticos |
| Diabetes Materna | Alimentación Precoz |

Equipo mínimo para reanimación del recién nacido.

- Mesa de reanimación con fuente de calor.
- Oxígeno con flujómetro.
- Estetoscopio neonatal.
- Laringoscopio. Hojas No. 0 al 1.
- Bolsa de reanimación (< 750 ml) con manómetro.
 - Mascaras faciales No. 0 y 1.
 - Tubos endotraqueales No. 2,5 a 4 ml.
 - Catéteres umbilicales 3,5 y 5 F.
 - Pera de succión bucal o catéter De Lee.
 - Guiador de metal maleable.
 - Succión de pared o portátil con manómetro.
 - Equipo de cateterismo umbilical.
 - Catéter de alimentación No. 8 con jeringa de 20 ml.
 - Catéteres de succión 5, 8 y 10 F.

Medicamentos:

- Bicarbonato de Sodio
- Solución Fisiológica 0,9%
- Albúmina Hiposódica 5%
- Dextrosa de 5 y 10%
- Naloxona (Narcan)
- Heparina.
- Ringer Lactato.
- Adrenalina 1/10 mil
- Gentamicina /terramicina (gotas o ungüento)
- Vitamina K1 (amp)
- Alcohol Absoluto

5.6.5. Atención durante el alumbramiento y post-alumbramiento

Objetivo: Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del alumbramiento y post-alumbramiento. El alumbramiento se produce espontáneamente entre los 5 y 20 minutos después del parto. Signos de desprendimiento placentario:

- a. Reparación de las contracciones uterinas
- b. Salida de sangre por genitales
- c. Descenso del útero después de haber ascendido al ombligo
- d. Ausencia de ascenso del cordón al elevar el útero
- e. No se perciben movimientos al palpar el fondo uterino por el abdomen, mientras se tracciona suavemente el cordón (signo del pescador) La actitud del prestador de servicio debe ser expectante para evitar retención placentaria, permitiendo que los fenómenos se desarrollen espontáneamente.

1. Conducta ante el alumbramiento:

Protocolo para el manejo de oxitocico

Solamente en la Emergencia Obstétrica catalogada como hemorragia posparto debida a atonía uterina.

- No traccionar el cordón mientras no haya signos de desprendimiento.
- Al constatar el desprendimiento, efectuar una tracción suave y sostenida.
- Al asomar la placenta por la vulva, sostenerla con una mano por debajo del periné y elevar el útero con la otra desde la sínfisis pubiana.
- Para facilitar el desprendimiento de las membranas puede rotarse la placenta sobre su eje.
 - Una vez producido el alumbramiento debe constatar la formación del globo de seguridad de Pinard, indicador de la retracción uterina.
 - Constatar la integridad de la placenta y sus membranas.

2. Control durante el Alumbramiento:

- Tensión arterial y pulso materno.
- Pérdida sanguínea por genitales.
- Color y sequedad de las mucosas.
- Signos de desprendimiento placentario y formación del globo de seguridad de Pinard una vez ocurrido el alumbramiento.

3. Control en el Post-alumbramiento inmediato.

- Revisión del canal del parto para detectar y reparar desgarros de cuello o vagina.
- No realizar revisión manual endouterina en forma rutinaria para prevenir infecciones. Cuando esté indicada debe realizarse bajo sedación o anestesia general, con utilización de guantes obstétricos largos y estricta asepsia y antisepsia.
- Realizar la episiorrafia por Planos en el orden siguiente: plano muscular con catgut a punto separado, mucosa vaginal desde el ángulo con catgut a punto continuo y piel con catgut crómico a puntos separados.
- Colocar dispositivo intrauterino (DIU) postevento obstétrico, con el consentimiento informado de la usuaria.
- Finalmente practicar una rigurosa asepsia y antisepsia de la región vulvo perineal, indicada durante todo el puerperio inmediato y mediato.
- El periodo del post-alumbramiento inmediato, comprende las dos (2) horas siguientes al parto.

En este período se producen la mayoría de las hemorragias postparto por atonías uterinas, retención de restos placentarios, desgarros cervicales y vaginales. Por ello debe vigilarse:

- Presión arterial, pulso materno y temperatura por lo menos cada 30 minutos.
- Globo de seguridad de Pinard.
- Sangrado genital.
- Inicio de la Lactancia Materna a libre demanda, a menos que lo impidan las condiciones de la madre o el recién nacido.
- Completadas las dos (2) primeras horas con toda normalidad pasar a la puérpera con su recién nacido a la sala de alojamiento conjunto y llenar la Historia Clínica Perinatal y el Carné Perinatal.
- Si no se mantiene la retracción uterina, masajear manualmente el útero, a través del abdomen, para estimularlo y mantener la observación estricta por mayor tiempo.
- En caso de hemorragia, reevaluar la causa:
- Con atonía uterina: administrar 5 uds. de oxitocina y una (1) ampolla de Metil-ergonovina (iv), seguida de 10 uds. de oxitocina disueltas en 500 cc de solución fisiológica a razón de 5. ml/ mnin.
- Si el útero esta contraído y continua el sangrado, revisar el canal blando. Si no los hay o fracasan las maniobras, atender en una Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, con reposición de las pérdidas.
- En caso de muerte fetal referir a la madre y/o su grupo familiar a consulta psicológica para el manejo terapéutico del duelo perinatal.

| medicamento | via/dosis | indicaciones |
|--|---|---|
| methergin. (No administrar a mujeres con problemas de hipertensión, cardiacas o renales) | Intramuscular 1 ampolla de 1 ml. Unica dosis. Si no hay ampollas utilizar comprimidos de 0,125 por cada 8 horas durante 12 a 24 horas | <ul style="list-style-type: none"> • Administrar luego de la expulsión de la placenta. • Tomar TA y administrar el medicamento si la cifra tensional es inferior a 140/90 mm/Hg. • Observe si el sangrado vaginal disminuyó, palpe el útero para determinar involución uterina; si esto no ocurre: <ul style="list-style-type: none"> • Coloque la paciente en posición de Trendelemburg y abríguela. • Controle TA, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria y correlacione con el interrogatorio y observación. • Realice masaje uterino a través de la pared abdominal hasta que el útero se contraiga. • Canalice una vena de buen calibre y administre líquidos endovenosos. Si se dispone coloque oxígeno 4 lts por minuto • Si el útero esta contraído y continúa el sangrado revisar el canal blando. Si continúa el sangrado o fracasan las maniobras, referir al nivel superior, con reposición de las pérdidas. |
| Oxitocina (Si continúa el sangrado) | 5 Uds. De Oxitocina y una (1) ampolla de Metil-ergonovina (iv), seguida de 10 Uds. De Oxitocina disueltas en 500 cc de Solución fisiológica a razón de 5. ml/min. | |

Protocolo para el manejo de anticonvulsivantes

Cuando una gestante convulsiona, tanto la madre como el feto tienen riesgo de morir, por lo tanto debe evitarse esta situación, mientras es trasladada al sitio de referencia (Pre-eclampsia y eclampsia)

| medicamento | via/dosis | indicaciones |
|--|--|--|
| Diazepam Ampollas de 2 ml con 10 mg | 10 miligramos, dosis única, una ampolla intramuscular 10 miligramo, una ampolla de 2 ml diluida, muy lenta intravenosa | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar convulsiones • Controlar signos vitales. • Anotar los medicamentos administrados (dosis, hora y reacciones presentadas) • Observar a la gestante en busca de efectos secundarios (somnolencia, fatigas, desvanecimientos, debilidad muscular) |
| Sulfato de Magnesio al 50% Ampollas de 2 gr. en 10 ml | 6gr. De sulfato de Magnesio diluido en 100 cc de Solucion de trasa al 5% | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el medicamento EV muy lento mínimo en 20 minutos. Observar reacciones como: calor, rubor, mareos, nauseas, la administración ha sido muy rápida. • Controlar frecuencia respiratoria (No debe ser inferior a 14 por minuto) • Controlar diuresis y suspender si la cantidad de orina es inferior a 30cc por hora. • Suspender cuando desaparece el reflejo rotuliano. • Anotar en la hoja de referencia dosis, hora y reacción presentada. |

5.6.6. Control durante el puerperio inmediato y tardío

Comprende la vigilancia en el servicio las primeras 24 horas y continúa hasta los 42 días posteriores al parto e incluso se prolonga hasta finalizar la Lactancia Materna, la cual debe prolongarse hasta los 2 años de vida del niño. Deben cumplirse las siguientes actividades:

- Revisar y completar el llenado de Historia Clínica Perinatal y Carnet peri natal.
- Vigilancia mínima de dos veces al día por el equipo de salud.
- Favorecer la deambulacion precoz, dieta completa y vigilar la hidratación.
- Control de signos vitales (tensión arterial, pulso, temperatura), cada seis (6) horas.
- Vigilar sangrado genital, episiorrafia, descartar laceraciones y desgarros.
- Valorar involución uterina.
- Examen físico integral con énfasis en miembros inferiores y mamas.
- Valorar vaciado de emuntorios y funcionamiento de esfínteres.
- Reforzar la orientación en lactancia Materna.
- Revisar hilos de DIU en caso de inserción postevento obstétrico.
- En caso de no haber optado por ningún método, hacer orientación al respecto y recomendarle los servicios de Planificación Familiar.
- Orientar a la madre sobre higiene personal, alimentación, lactancia materna, signos de alarma, anticoncepción, prevención de cáncer cervico-ute-rino y mamario, prevención de ITS-VIH/SIDA, cuidados, control e inscripción en el Registro Civil del recién nacido, control postnatal, reinicio del trabajo, ejercicios físicos, inicio de la actividad sexual y continuar tomando sulfato ferroso, ácido Fólico y polivitamínicos.
- En madres Rh Negativas con productos Rh Positivos aplicar Globulina inmune anti Rh (ROGHAM), dentro de las primeras 72 horas después del parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento invasivo capaz de condicionar la Isoinmunización por Rh.

- Indicar exámenes de Laboratorio según criterio del equipo de salud.
- Referir a la consulta postnatal.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de alarma: sangrado vaginal fétido o retención de restos, fiebre puerperal, desgarros perineales de segundo

o tercer grado, mastitis (absceso, salida de pus por el pezón) involución uterina. En este caso referir al nivel adecuado oportunamente.

Consulta Postnatal.

Población Objeto: Está conformado por el total de mujeres en periodo de puerperio, es decir posterior al parto hasta los 42 días. Concentración: Bajo Riesgo: Dos (2) consultas por mujer puérpera hasta los 42 días de ocurrido el parto. Primera Consulta: A los Siete (7) Días. Segunda Consulta: Entre 27 y 42 días posterior al parto Alto Riesgo: El número de Consultas necesarias de acuerdo al riesgo de la mujer puérpera. Rendimiento: Cinco (5) puérperas por hora-médico, en una relación de cuatro (4) de primera vez por una (1) de control.

Modalidad operativa de la atención del parto, postparto y del recién nacido según el enfoque de riesgo

5.6.7. Intervención en situación de aborto

El aborto es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. No viable.

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por anomalías cromosómicas en el embrión o el feto, pero puede ser causado también por enfermedades en la madre, infecciones o por causas tóxicas, fármacos, radiación o exposición a traumatismos físicos.

El aborto voluntario realizado con técnicas inadecuadas y deficientes condiciones sanitarias, puede llevar a la madre a graves complicaciones como la hemorragia y sepsis, las cuales constituyen una de las principales causas de muerte materna.

Procedimientos para la atención del aborto:

- Asegurar atención inmediata a la paciente, brindándole un trato humanizado
- Confirmar diagnóstico de aborto.
- Prevenir complicaciones.
- Evaluar por un médico capacitado quien determinará si requiere revisión instrumental de la cavidad uterina (curetaje)
- Aplicar tratamiento médico postaborto.
- Asesoría según necesidades de la paciente y su pareja
- Brindar anticoncepción post-aborto con consentimiento informado de la usuaria.
- Referir a psicoterapia de apoyo.

El acceso a los servicios de planificación familiar evita el embarazo no planificado, el aborto provocado y la muerte materna. Si quedan restos ovulares puede presentarse hemorragia o infección

5.6.8. Pautas para el traslado oportuno de la madre y/o recién nacido

- Tener conocimiento del establecimiento donde se va a referir, para agilizar el traslado al sitio adecuado, si hay posibilidades, informar telefónicamente para la recepción oportuna y pertinente.
- Tener presente que toda emergencia obstétrica, requiere atención por personal capacitado. Si

requiere su remisión inmediata, establezca previamente las condiciones de la madre y/o el recién nacido.

- Registre todas las actividades realizadas por el equipo de salud en torno a la atención de la embarazada en la hoja de referencia para orientar al equipo receptor en el diagnóstico y conducta a seguir cuando la paciente llegue a la institución.
- Prepare el equipo indispensable para el traslado según el estado de la madre y/o el recién nacido, teniendo en cuenta el transporte, la accesibilidad geográfica al sitio de referencia, las necesidades de atención específica y el apoyo de su grupo familiar o la comunidad.

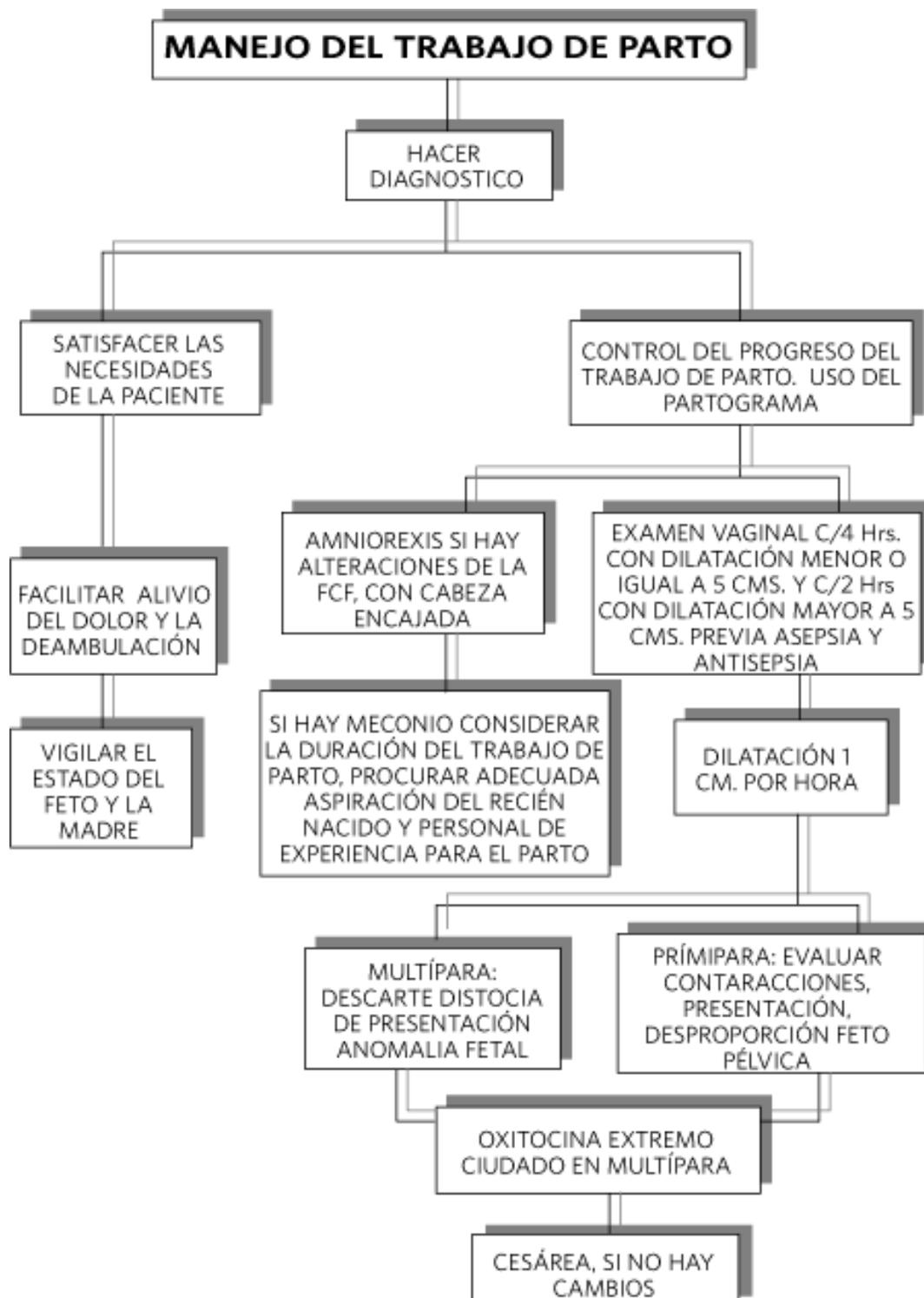
5.7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

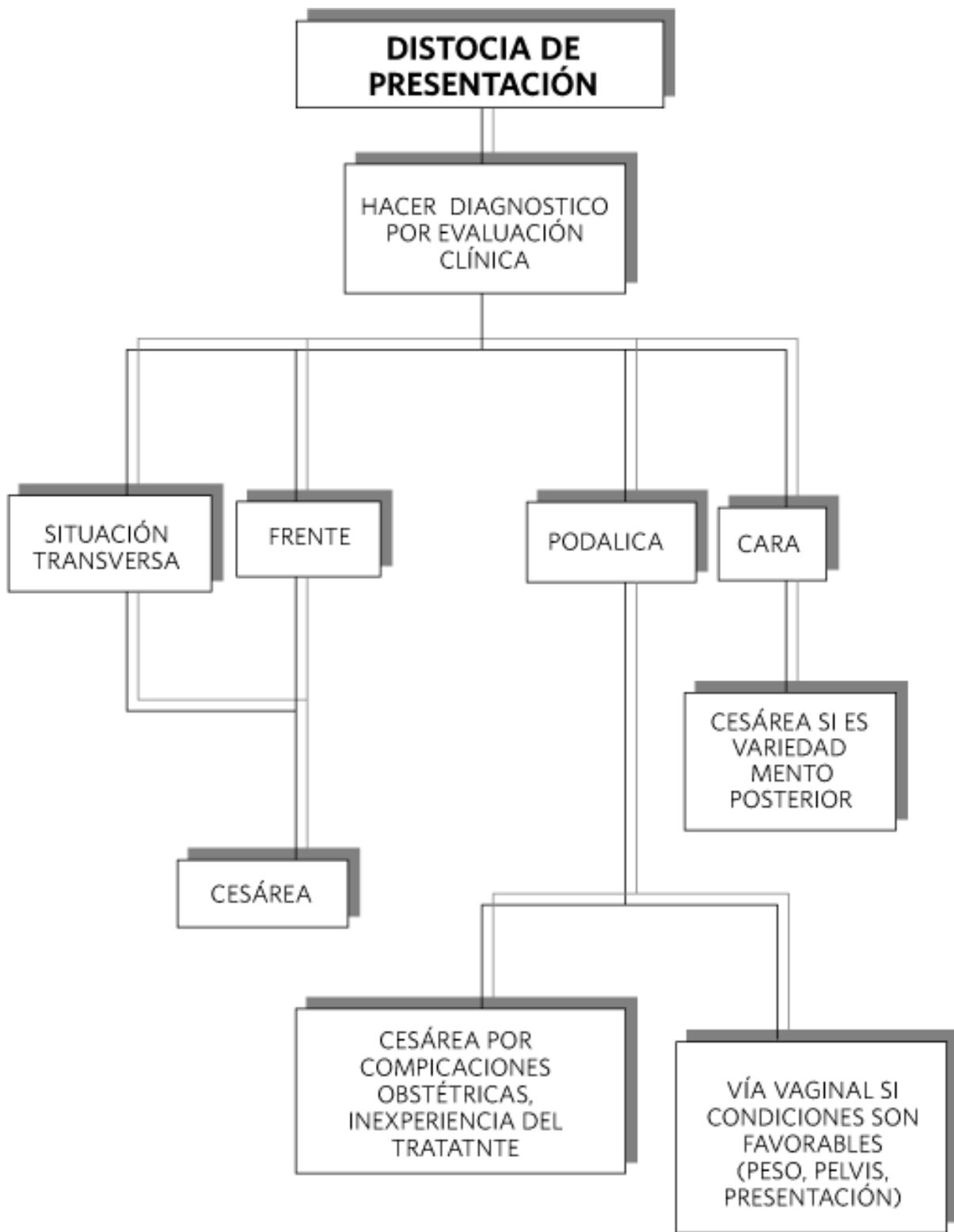
- Porcentaje de consultas de Alto Riesgo Preconcepcional.
- Rendimiento hora- médico Consulta Prenatal.
- Porcentaje de captación precoz de embarazada.
- Número de embarazadas sucesivas en control prenatal
- Número de embarazadas con hemoglobina inferior a 11 gr.
- Número de embarazadas con suministro de hierro, calcio, ácido fólico
- Número de embarazadas con VDRL reactivo en el primer trimestre.
- Número de embarazadas con HIV-Sida realizado
- Número de embarazadas con suministro de toxoide tetánico
- Número de partos Institucionales.
- Número de partos atendidos en Hospitales.
- Porcentaje de cesáreas.
- Número de partos intervenidos con fórceps.
- Número de consultas totales postnatales.
- Rendimiento de la hora- médico/Consulta Postnatal.
- Número de Postnatales a quien se aplico algún método anticonceptivo post-parto o post-aborto por tipo de método.
- Tasa de Mortalidad Materna.
- Tasa de Mortalidad Perinatal.
- Porcentaje de bajo peso al nacer.
- Número de embarazadas referidas a atención odontológica
- Número de embarazadas o parejas referidas atención psico-social
- Número de embarazadas referidas a atención nutricional • Número de embarazos referidas a programas de educación prenatal o educación en SSR

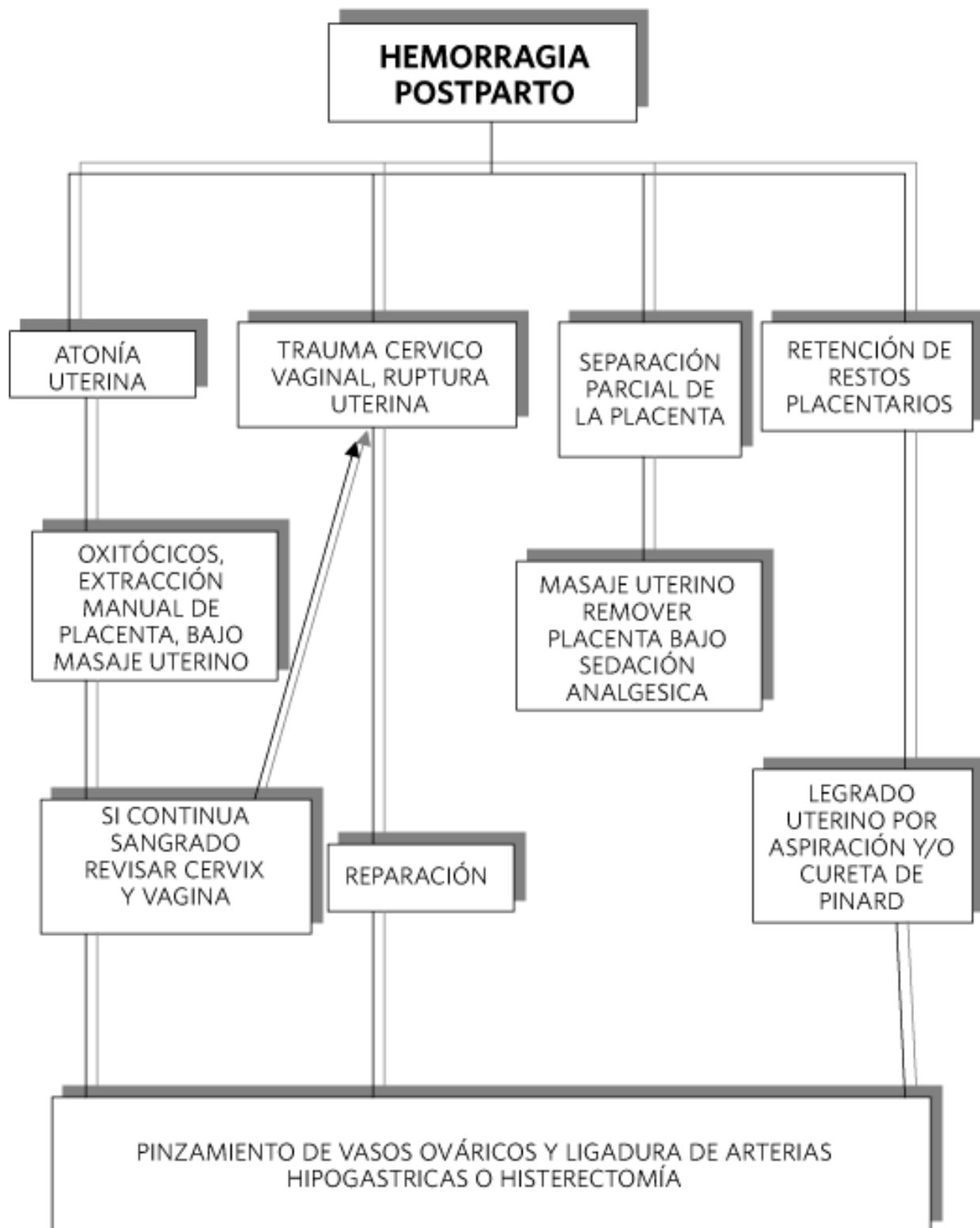
Volver al Índice Tomo III

Pasar a Pag. Siguiente

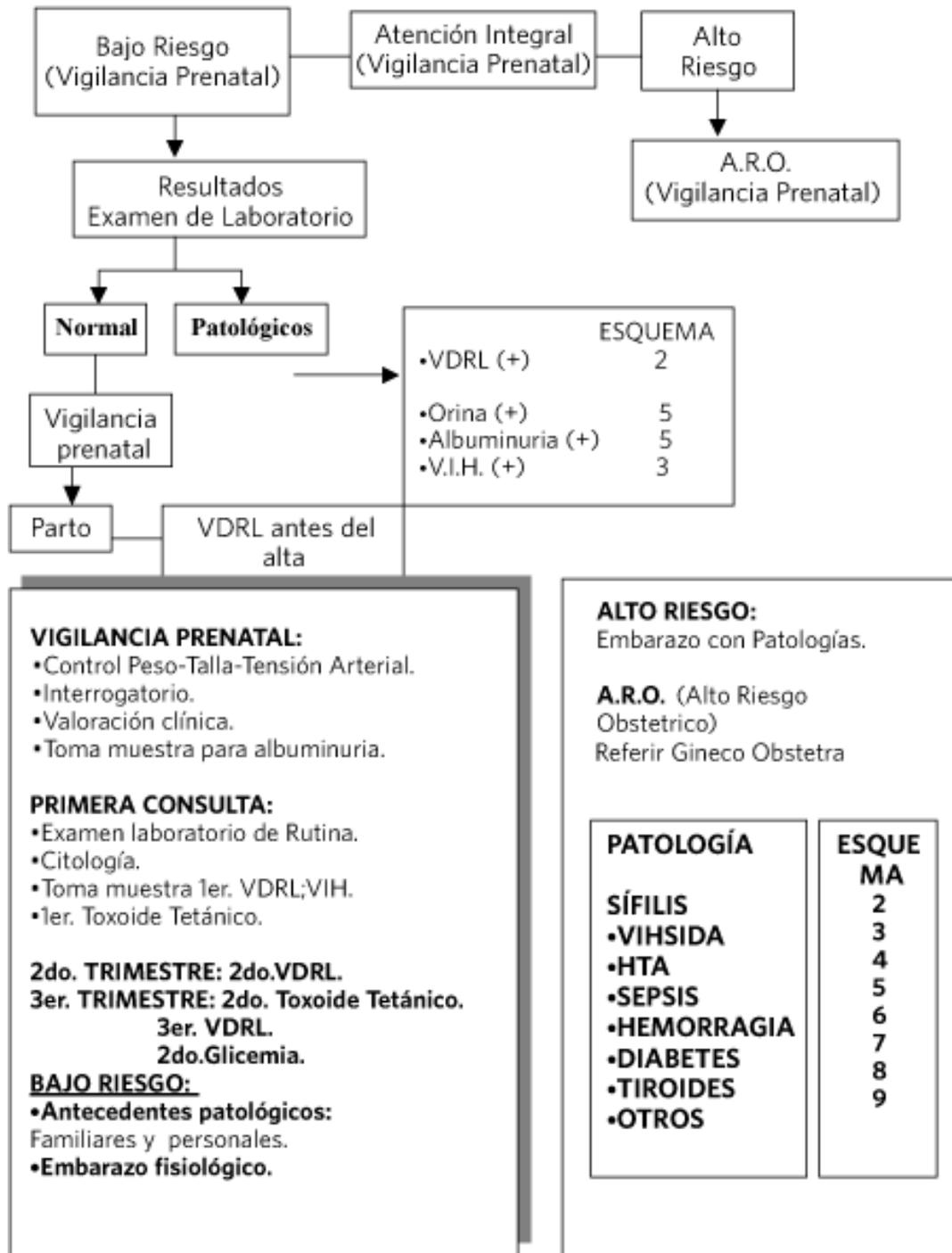
5.8. ALGORITMOS PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS







ESQUEMA I CONTROL DE EMBARAZO



VIGILANCIA PRENATAL:

- Control Peso-Talla-Tensión Arterial.
- Interrogatorio.
- Valoración clínica.
- Toma muestra para albuminuria.

PRIMERA CONSULTA:

- Examen laboratorio de Rutina.
- Citología.
- Toma muestra 1er. VDRL;VIH.
- 1er. Toxoide Tetánico.

2do. TRIMESTRE: 2do.VDRL.

3er. TRIMESTRE: 2do. Toxoide Tetánico.

3er. VDRL.

2do.Glicemia.

BAJO RIESGO:

- Antecedentes patológicos:** Familiares y personales.
- Embarazo fisiológico.**

ALTO RIESGO:

Embarazo con Patologías.

A.R.O. (Alto Riesgo Obstetrico)

Referir Gineco Obstetra

PATOLOGÍA

SÍFILIS

•VIH SIDA

•HTA

•SEPSIS

•HEMORRAGIA

•DIABETES

•TIROIDES

•OTROS

ESQUEMA

2

3

4

5

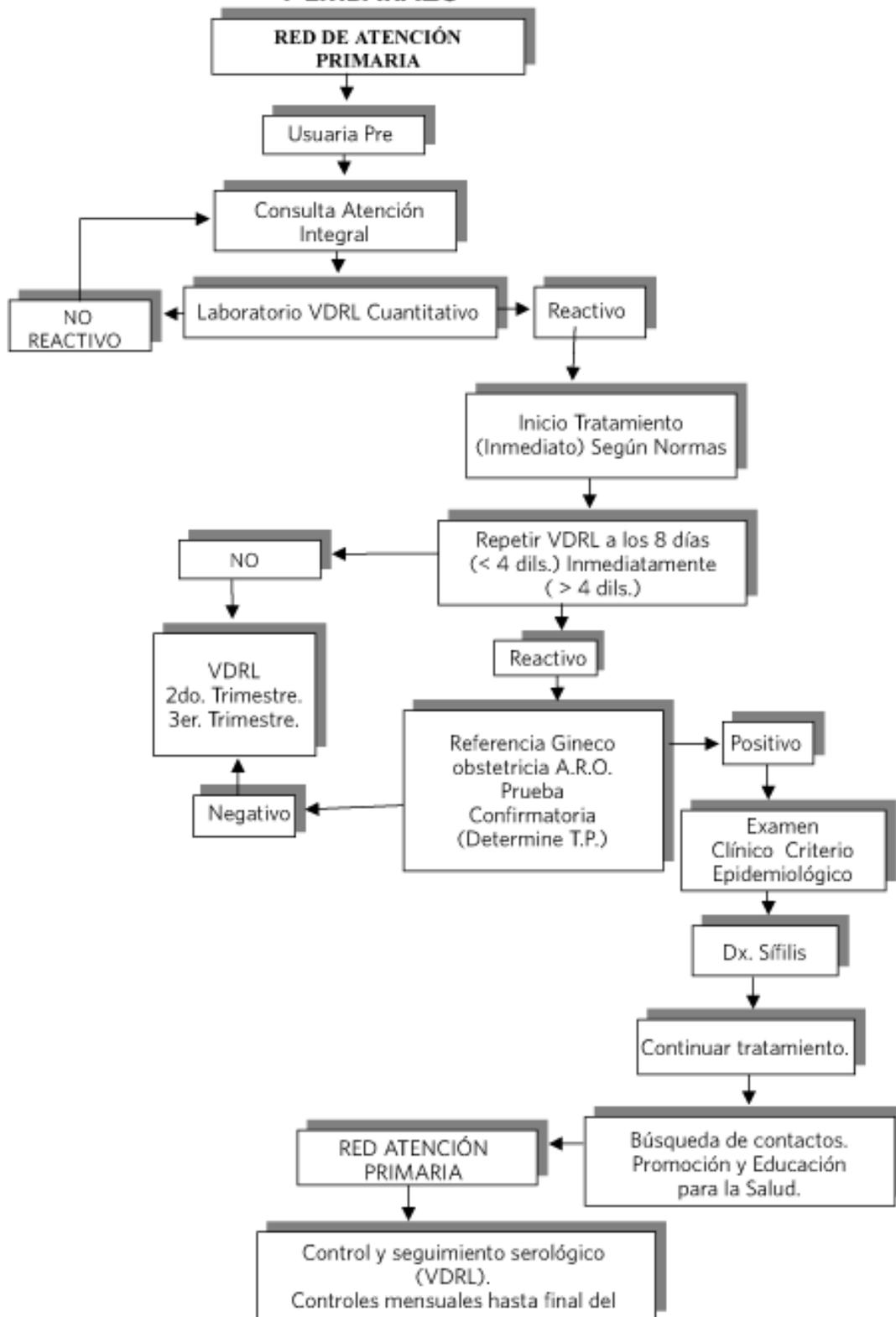
6

7

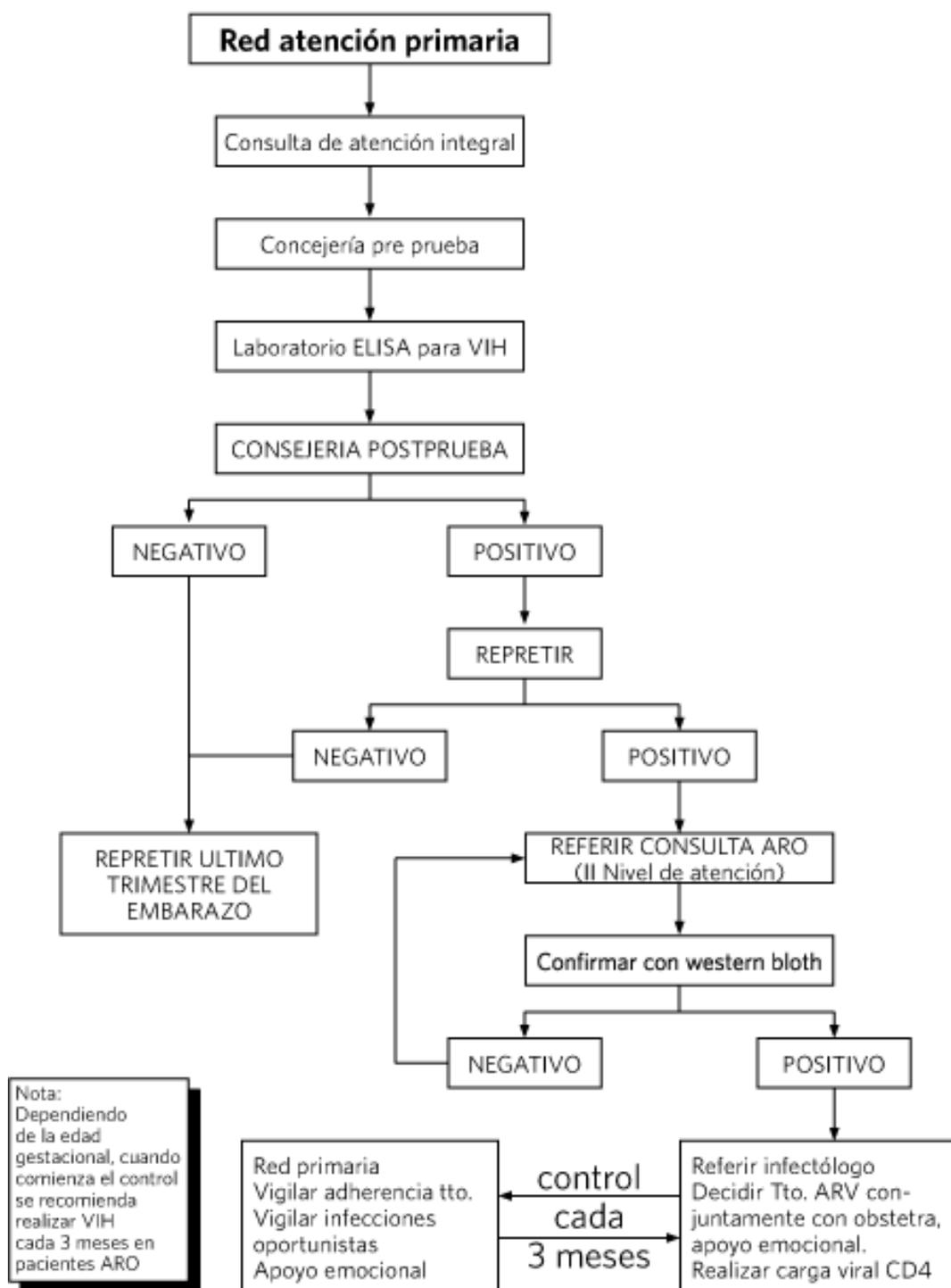
8

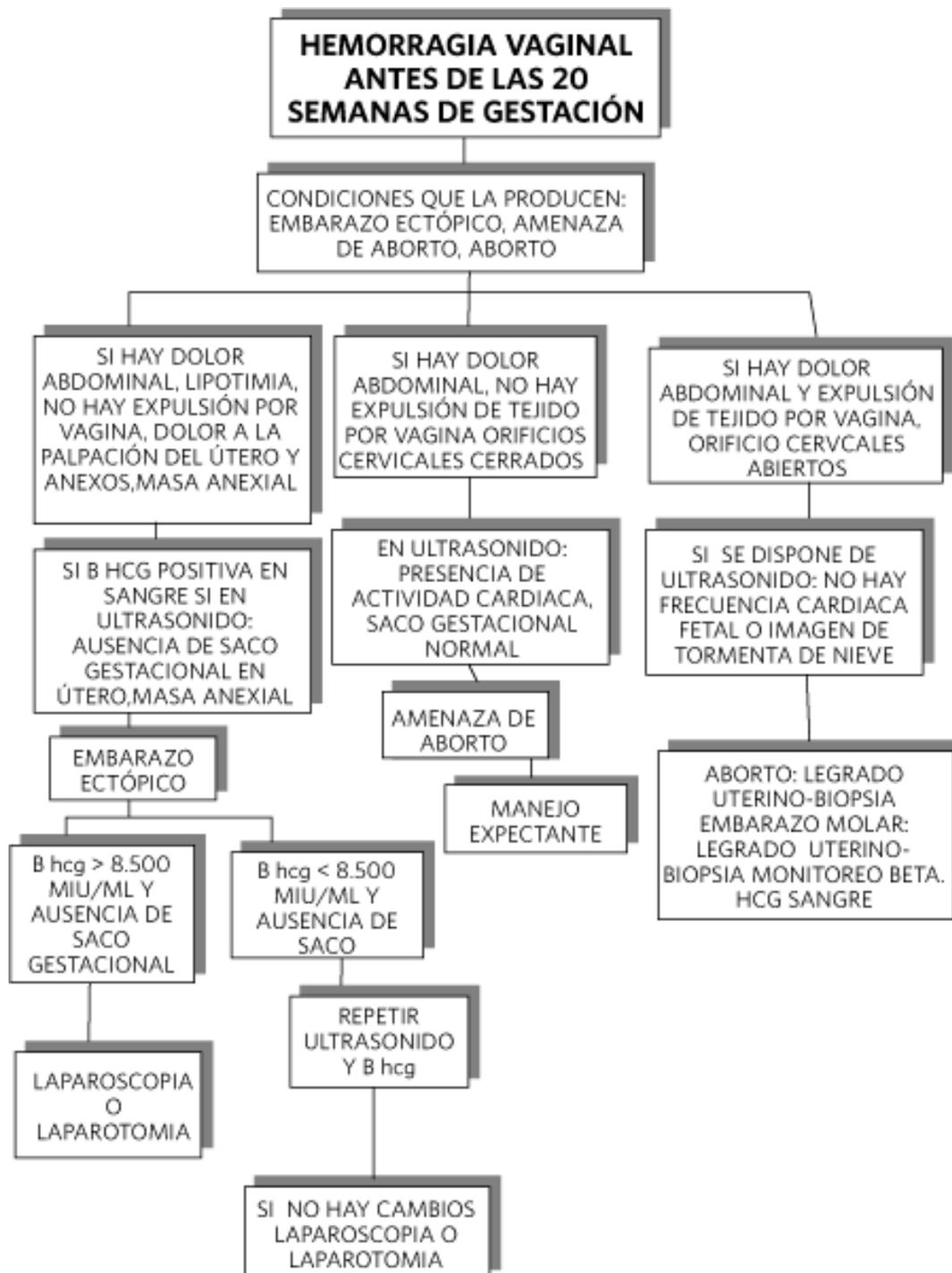
9

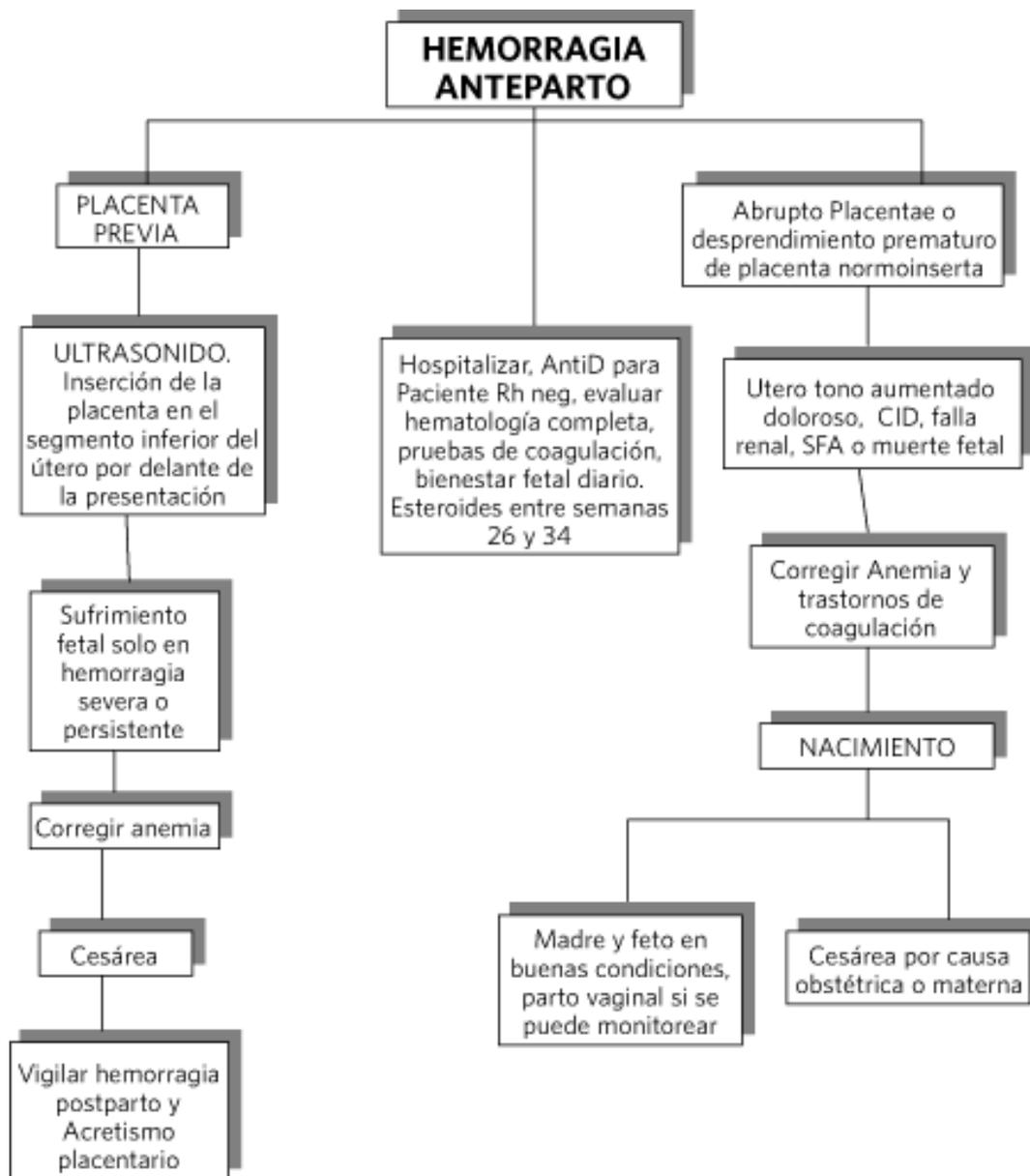
ESQUEMA 2 SÍFILIS Y EMBARAZO



ESQUEMA 3: EMBARAZADA HIV-SIDA

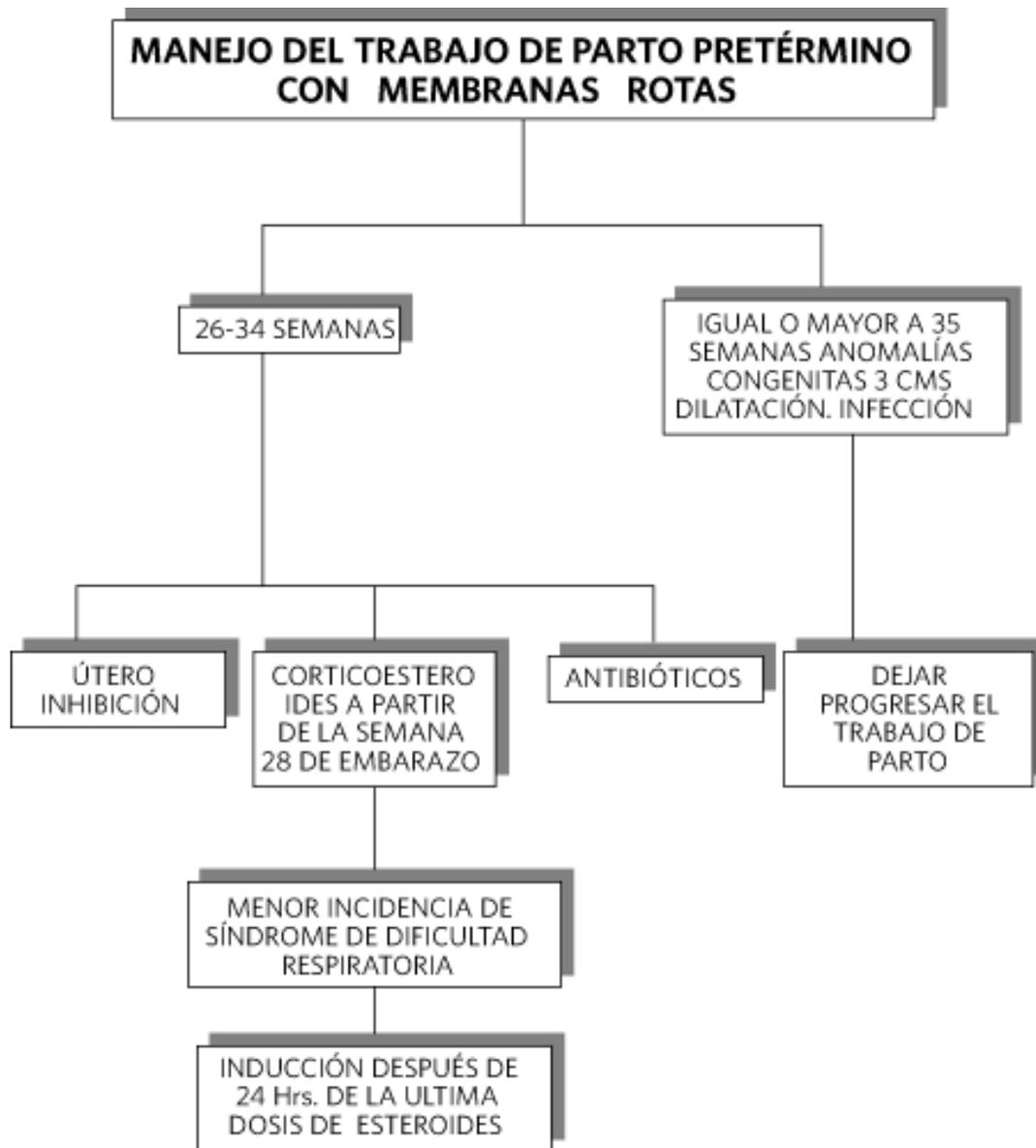


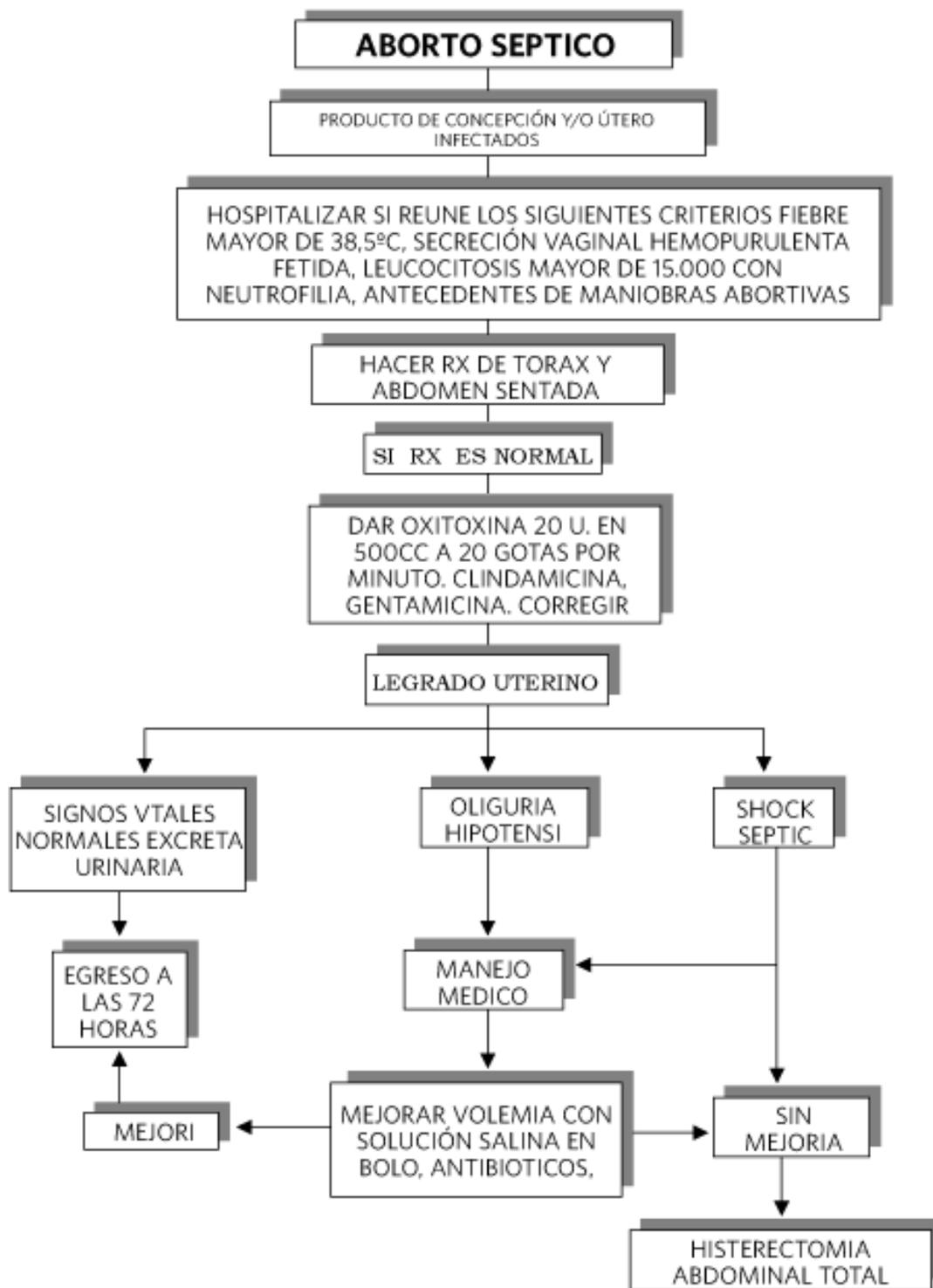


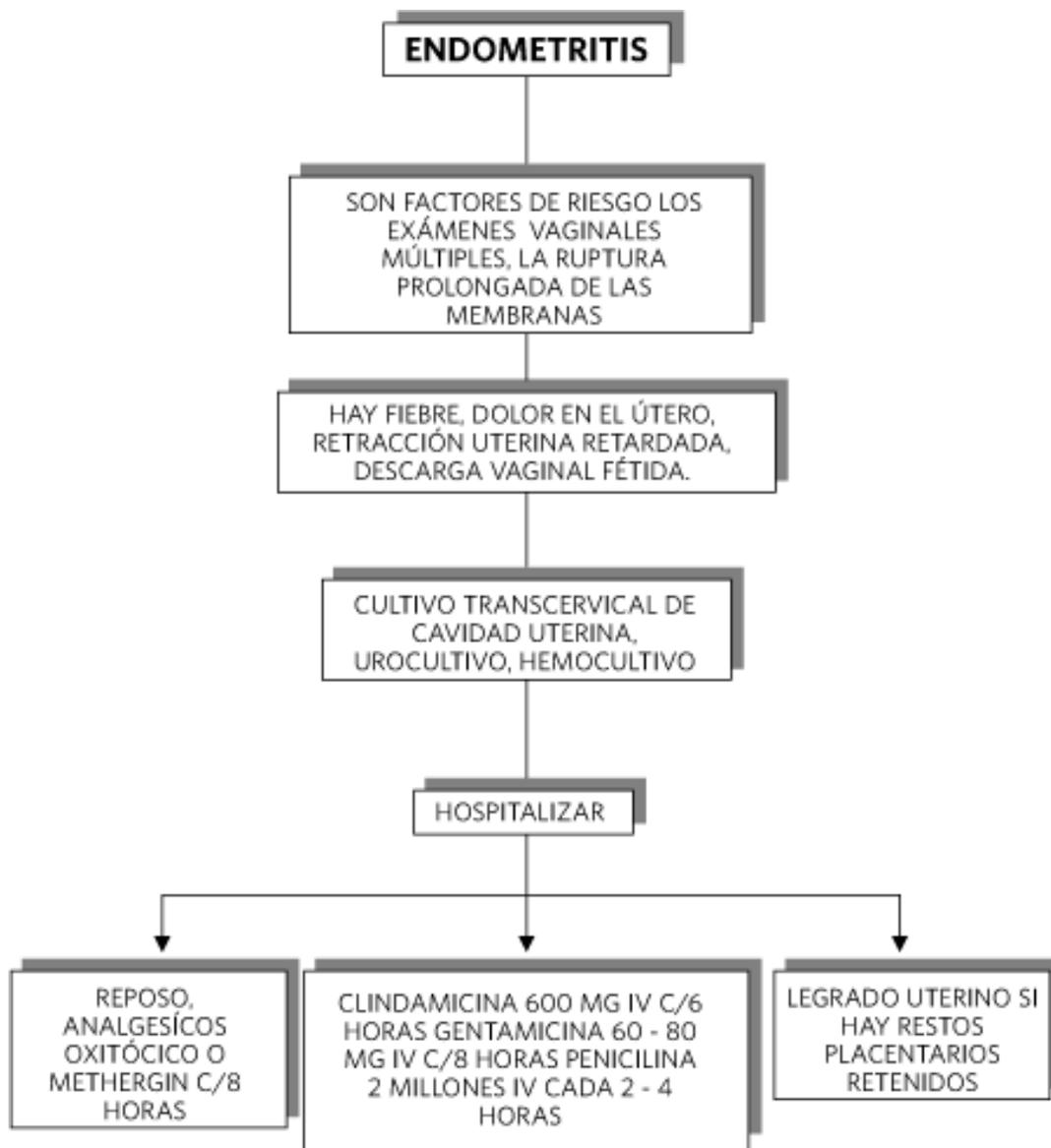






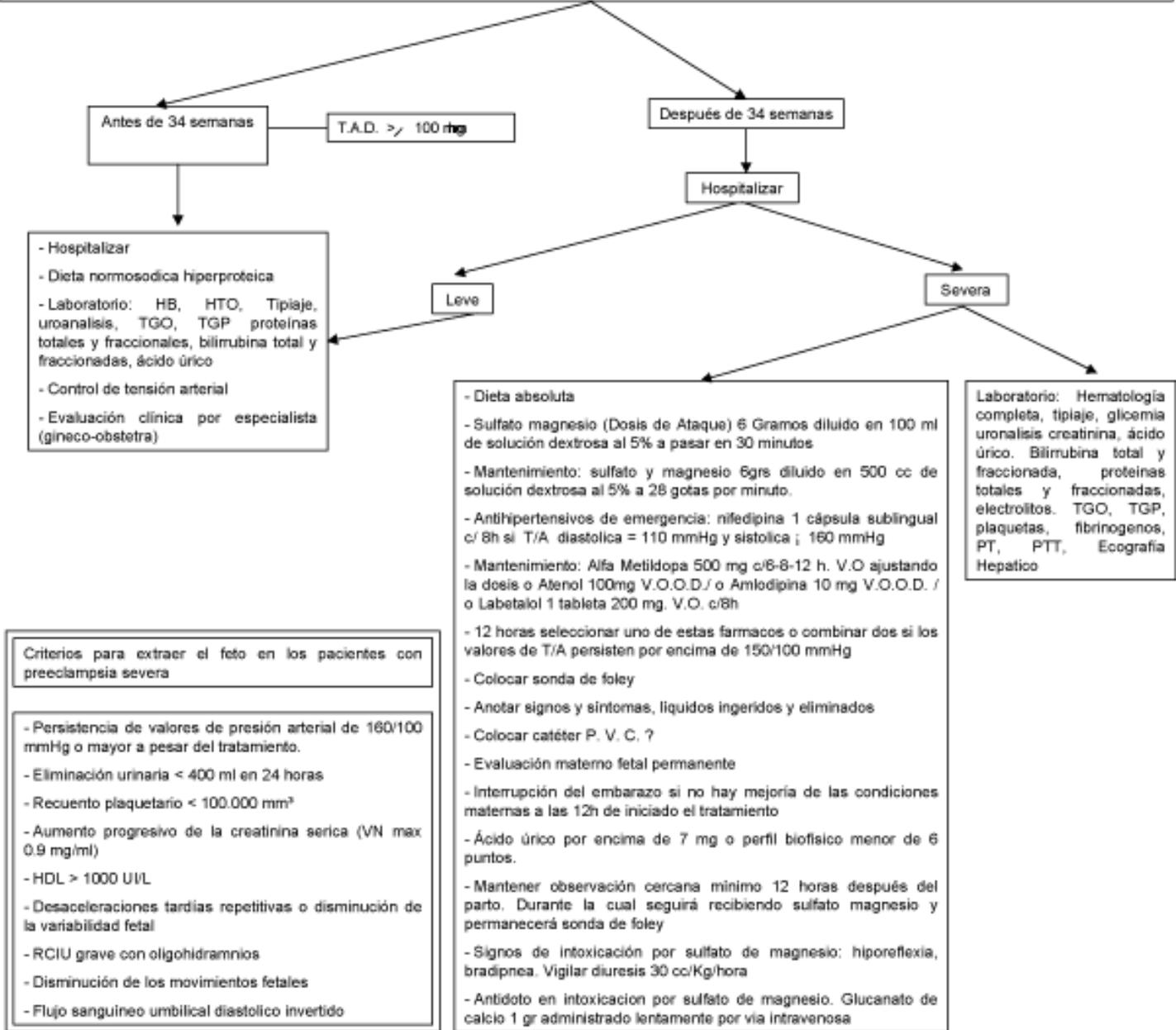






Preeclampsia

Evaluación Clínica: Signo, Síntomas, Laboratorio: Hb, Hto, Tipiaje, uroanálisis, TGO, TGP, Proteínas totales y fraccionados, bilirubina total y fraccionada, ácido úrico



5.9. INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PROLONGADO

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, estén insinuando un entorpecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

Los valores de la duración de la dilatación cervical desde 4-5 cm, hasta el final del parto, para la elaboración de estas curvas, fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas realizadas por CLAP sobre 1188 partos únicos de bajo riesgo, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con recién nacidos normales y vigorosos.^(*)

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente algunas características de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Los parámetros se clasificaron en nulíparas (ningún parto previo) y multiparas (1 o más partos previos, primíparas incluidas). La posición durante el período de dilatación fue la vertical (90% a 100% del tiempo sentada, parada o caminando) o la horizontal (100% en cama). Según el estado de las membranas ovulares a los 4-5 cm, de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

Los datos para construir las curvas patrón de alerta fueron obtenidos desde los 4-5 cm, de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5 cm, de dilatación cervical (línea de base).

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en el que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados incrementan la dilatación de 4-5 cm, a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto.

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas arriba señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

**El uso de la plantilla de plástico
poliestireno diseñada por el CLAP
facilita la construcción
de la curva de alerta**

^(*) Schwarz, R.L. y col. Gynec. Obstet. Excerpt. Med. Amsterdam, 1977:317.
Diaz, A.G. y col. Europ. J. Obst. Gyn. repr. Bol. 1 1980

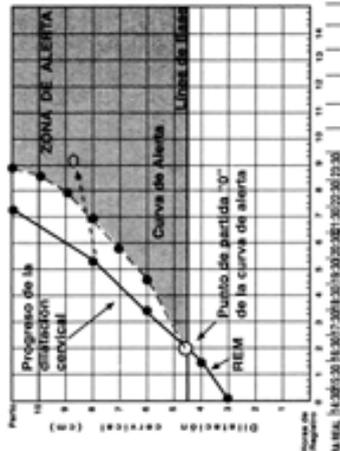
INGRESO TEMPRANO

En el ejemplo, a las 14:30 hora real, se comenzó el registro de los datos de una nulípara con membranas ovulares íntegras y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento comprobó una dilatación cervical de 3 cm. El punto de esta primera observación se marcó al inicio del registro. A las 16:00, hora real, se comprobó una rotura espontánea de las membranas ovulares y el tacto encontró 4 cm, de dilatación. Se marcó un nuevo punto en la intersección de la abscisa a la hora real 16:00 (1:30 hora del comienzo del registro) con la ordenada a los 4 cm, de dilatación.

La línea que une los puntos a los 3 cm, y 4 cm, permite visualizar el progreso de la dilatación cervical.

En el siguiente examen obstétrico realizado a la hora real 18:00, a 3:30 hs, del inicio del registro en el partograma, la dilatación cervical alcanzó los 6 cm.

Como se ve, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:00 hs, del inicio del registro en el partograma. Este es el punto de partida para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4,5 cm, de dilatación cervical.



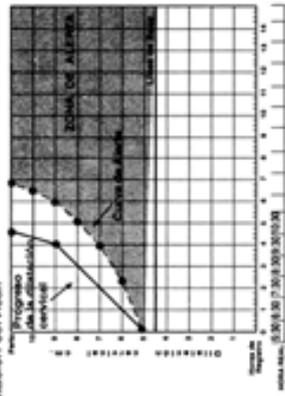
De la tabla se extraerán los valores correspondientes a este caso (posición horizontal, nulípara, membranas rotas). Para comenzar a trazar la curva de alerta de este caso, a las 2:30 horas del punto de su partida se marcará de los 6 cm, de dilatación. A partir de este nuevo punto, 1:25 hs, después, se marcará el punto para los 7 cm. Desde este, se marcará 1:05 horas después el de los 8 cm, y así sucesivamente hasta el final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de dilatación cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta.

En esta misma figura se presenta otro caso en el que, a partir de los 8 cm, la velocidad de la dilatación se entorpece y su gráfica cruza la curva de alerta (flecha punteada). En este caso, con iguales condiciones de ingreso que el anterior, a las 11:30 hora real y 9 horas después del inicio del registro en el partograma, se observó un trabajo de parto prolongado. Alertado por este sistema de vigilancia, el equipo de salud revisó el caso y pudo aplicar oportunamente las medidas apropiadas.

INGRESO TARDIO

La figura muestra una nulípara con membranas íntegras en posición horizontal, que ingresó al registro con 5 cm, de dilatación cervical.



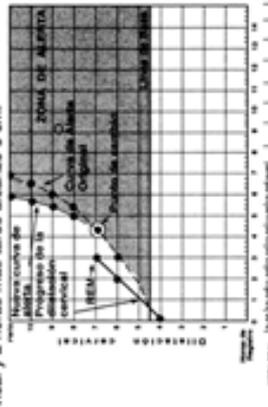
La curva de alerta se inició desde este primer tacto. A partir del mismo ésta se trazó con los valores correspondientes a las condiciones de ingreso del caso.

A diferencia del ejemplo anterior, en los ingresos con 5 cm, o más de dilatación, el punto de partida de la curva de alerta siempre será del primer valor anotado de la dilatación cervical en el partograma.

CONDICIONES CAMBIANTES

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura muestra el caso de una multipara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegras. Ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs, con 4 cm, de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm.



La gráfica de la dilatación contó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso. Debido a que a los 7 cm, las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta, sustituyendo los valores previos por los de una multipara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas.

El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7 cm, en que se constató la rotura de las membranas. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

MSAS - DAMNA - DSR

POSICION: _____

PARIDAD: _____

MEMBRANAS: _____

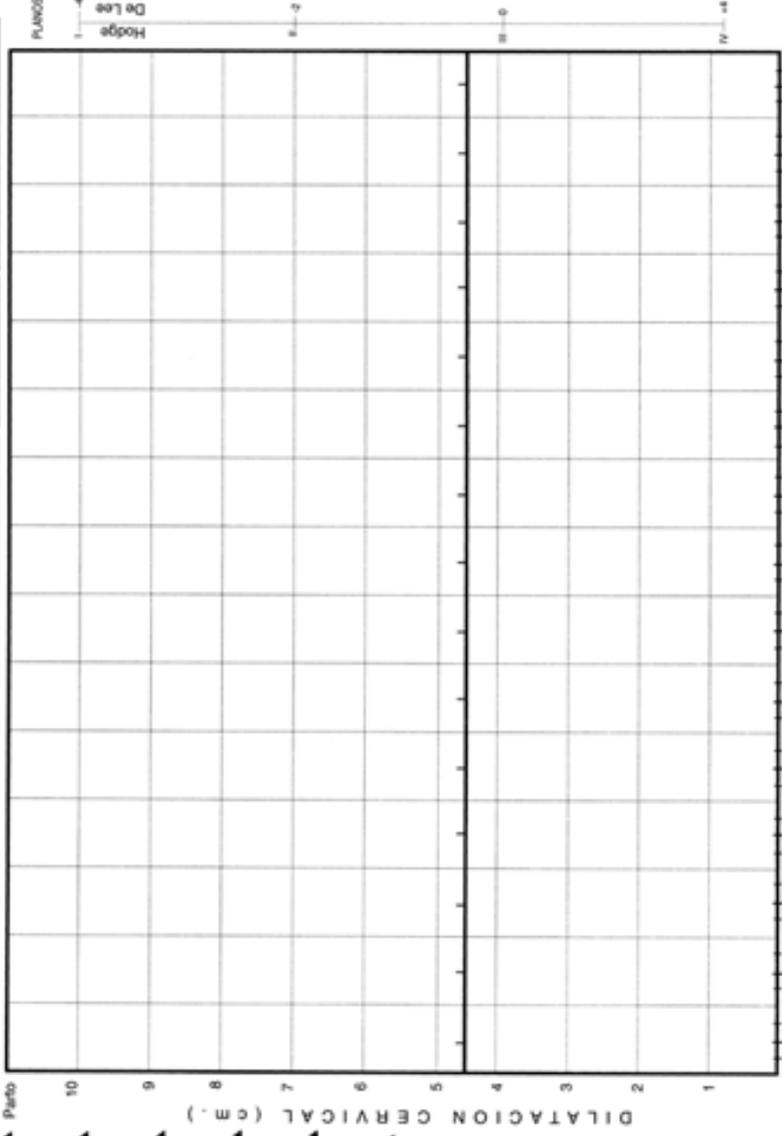
| VERT. | | HORIZONTAL | |
|------------|------------|------------|------------|
| TODAS | MULTIPARAS | MULTIPARAS | MULTIPARAS |
| INTE. GRAS | ROTIAS | INTE. GRAS | ROTIAS |
| 0:15 | 0:15 | 0:05 | 0:30 |
| 0:25 | 0:25 | 0:10 | 0:35 |
| 0:35 | 0:40 | 0:25 | 0:40 |
| 1:00 | 0:55 | 0:35 | 1:00 |
| 1:15 | 1:25 | 1:00 | 1:30 |
| 2:10 | 2:30 | 2:30 | 3:15 |
| | | | 2:30 |

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DI: _____ MES: _____ AÑO: _____

Nº DE HISTORIA CLINICA: _____

PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS



VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA • (en horas p10)

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA →

①

RANGE DE MOSES Y VARIACION DE POSICION _____

DILATACION CERVICAL _____

ROTURA ESPONTANEA MEMB. _____ (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)

INTENSIDAD LOCALIZACION

Fuente: *** Suprapubico SP
 Normal ** Saco S
 Debil +

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dura Tipo I (Desaceleración precoz) J _____

Dura Tipo II (Desaceleración tardía) II _____

Dura variables (Desaceleración variable) V _____

Mecano M _____

POSICION MATERNA

Lat. derecho LD _____

Lat. izquierdo LI _____

Dorsal D _____

Semiocubada SCS _____

Sentada S _____

Parada o caminando PC _____

*SCHWARZ, R. DIAZ A.G. NETO, J. CLAP OPS/OMS. 1983. 1987. Montevideo, Uruguay

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

HORAS DE REGISTRO

HORA REAL

HORA _____

POSICION MATERNA _____

TENSION ARTERIAL _____

PULSO MATERNO _____

FRECUENCIA CARDIACA FETAL _____

DURACION CONTRACCIONES _____

FREC. CONTRACCIONES _____

DOLOR _____ Localiz. materna _____

| | | | | |
|--|---------------------|--|----------------------------|--|
|  MSDS MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL | | República Bolivariana de Venezuela Ministerio de Salud y Desarrollo Social Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico Dirección de Información Social y Estadísticas Constancia de Nacimiento Vivo (USE LETRA DE IMPRENTA PARA SU LLENADO) | | Constancia N° 0090031 Fecha: _____ N° Historia Clínica: _____ |
| LUGAR DE OCURRENCIA | | NOMBRE CENTRO HOSPITALARIO: | | |
| ENTIDAD | NOMBRE DEL NIÑO (A) | | SEXO | TALLA |
| MUNICIPIO | FECHA DE NACIMIENTO | | F <input type="checkbox"/> | PESO AL NACER |
| PARROQUIA | DÍA | MES | M <input type="checkbox"/> | HORA |
| APELLIDOS | | AÑO | | AM <input type="checkbox"/> |
| NACIONALIDAD (PAÍS DE ORIGEN) | | EDAD | | |
| V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | OTRO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN (PASAPORTE, CARNET AGRÍCOLA, CERTIFICACIÓN PRIMERA AUTORIDAD CIVIL O JUSTIFICATIVO NOTARIADO, SI NO TIENE DEJAR CONSTANCIA: _____ | | |
| APELLIDOS | | NOMBRES | | CÉDULA DE IDENTIDAD |
| NACIONALIDAD (PAÍS DE ORIGEN) | | CÉDULA DE IDENTIDAD | | EDAD |
| V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | OTRO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN (PASAPORTE, CARNET AGRÍCOLA, CERTIFICACIÓN PRIMERA AUTORIDAD CIVIL O JUSTIFICATIVO NOTARIADO, SI NO TIENE DEJAR CONSTANCIA: _____ | | EDAD _____ |
| DIRECCIÓN HABITUAL DE LA MADRE | | DIRECCIÓN HABITUAL DEL PADRE | | |
| ENTIDAD | ENTIDAD | | MUNICIPIO | |
| MUNICIPIO | MUNICIPIO | | PARROQUIA | |
| PARROQUIA | PARROQUIA | | DIRECCIÓN | |
| DIRECCIÓN | DIRECCIÓN | | | |
| RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN | | | | |
| FIRMA MÉDICO (a) PARTERO (a) | | CÉDULA DE IDENTIDAD | N° MSDS | SELLO |
| | | | | DIRECTOR (a) DEL ESTABLECIMIENTO |

| | | |
|--|---|---|
| SECCIÓN I.- DATOS DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO (a) 1.- LUGAR DE NACIMIENTO: EN VENEZUELA <input type="checkbox"/> 1 ENTIDAD _____ EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> 2 PAÍS _____ 2.- FECHA DE NACIMIENTO: _____ 3.- EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: _____ 4.- SITUACIÓN CONYUGAL ACTUAL: SOLTERA <input type="checkbox"/> 1 VIUDA <input type="checkbox"/> 4 CASADA <input type="checkbox"/> 2 UNIDA <input type="checkbox"/> 5 DIVORCIADA <input type="checkbox"/> 3 SEPARADA <input type="checkbox"/> 6 5.- AÑOS DE MATRIMONIO O UNIÓN: MENOS DE UN AÑO <input type="checkbox"/> 1 MÁS DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 2 ¿CUÁNTOS? _____ 6.- NÚMERO DE HIJOS TENIDOS: A.- NACIDOS VIVOS, INCLUYENDO EL PRESENTE: _____ B.- ACTUALMENTE VIVOS, INCLUYENDO EL PRESENTE: _____ C.- NACIDOS VIVOS QUE HAN FALLECIDO: _____ D.- MUERTES FETALES: _____ 7.- DURANTE EL RECIENTE EMBARAZO ¿ASISTIÓ A LA CONSULTA PRENATAL?: SI <input type="checkbox"/> 1 ¿CUÁNTAS VECES? _____ NO <input type="checkbox"/> 2 8.- SABE LEER Y ESCRIBIR: SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 | 9.- ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO Y NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO _____ 1 PRE-ESCOLAR _____ 2 GRADO _____ BÁSICA (1 + 2) _____ 3 AÑO _____ MEDIA, DIVERSIFICADA Y PROFESIONAL (1 + 2) _____ 4 AÑO _____ TÉCNICO SUPERIOR _____ 5 UNIVERSITARIO _____ 6 10.- OCUPACIÓN ACTUAL: _____ 11.- PROFESIÓN: _____ | 4.- SABE LEER Y ESCRIBIR: SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 5.- ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO Y NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO _____ 1 PRE-ESCOLAR _____ 2 GRADO _____ BÁSICA (1 + 2) _____ 3 AÑO _____ MEDIA, DIVERSIFICADA Y PROFESIONAL (1 + 2) _____ 4 AÑO _____ TÉCNICO SUPERIOR _____ 5 UNIVERSITARIO _____ 6 6.- OCUPACIÓN ACTUAL: _____ 7.- PROFESIÓN: _____ |
| SECCIÓN II.- DATOS DEL NACIMIENTO | | |
| 1.- NACIMIENTO OCURRIDO EN: HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1 CLÍNICA <input type="checkbox"/> 2 CASA <input type="checkbox"/> 3 OTROS (ESPECIFIQUE) _____ 4 2.- TIPO DE PARTO: ÚNICO <input type="checkbox"/> 1 DOBLE <input type="checkbox"/> 2 TRIPLE <input type="checkbox"/> 3 CUÁDRUPLES O MÁS <input type="checkbox"/> 4 3.- PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: MÉDICO <input type="checkbox"/> 1 COMADRONA <input type="checkbox"/> 2 OTROS (ESPECIFIQUE) _____ 3 | | |
| SECCIÓN III.- DATOS DEL PADRE AL NACER EL NIÑO (a) | | |
| 1.- LUGAR DE NACIMIENTO: EN VENEZUELA <input type="checkbox"/> 1 ENTIDAD _____ EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> 2 PAÍS _____ 2.- FECHA DE NACIMIENTO: _____ 3.- EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: _____ | | |
| SECCIÓN IV.- DATOS DEL REGISTRO CIVIL | | |
| 1.- NACIMIENTO REGISTRADO EN: ENTIDAD FEDERAL: _____ MUNICIPIO: _____ PARROQUIA: _____ LOCALIDAD: _____ 2.- FECHA DE REGISTRO: _____ 3.- NÚMERO DE ACTA DE NACIMIENTO: _____ 4.- N° TOMO: _____ 5.- N° FOLIO: _____ 6.- N° LIBRO: _____ OBSERVACIONES: _____ | | |

3.- PRIMERA AUTORIDAD CIVIL

Nombre del Niño (a) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Apellidos y Nombres de la Madre _____

Fecha de Registro: ____/____/____ Acta ____ Tomo ____ Folio ____ Libro ____

| Impresiones Podográficas y Digitales del Niño (a) | |
|--|-----------------------|
| PIE IZQUIERDO | PIE DERECHO |
| | |
| MANO DERECHA | MANO IZQUIERDA |
| | |

| Impresiones Digitales de la Madre | |
|--|---------------|
| MANO DERECHA | |
| PULGAR | INDICE |
| | |

República Bolivariana de Venezuela



Dirección de Salud Poblacional
Comité de Prevención y Control de la
Mortalidad Materna e Infantil

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
EN SERVICIOS DE ATENCIÓN AL
RECIÉN NACIDO

No:

FORMULARIO I - SARN

HOSPITAL: _____ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MES: _____ AÑO: _____ MUNICIPIO SANITARIO: _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE MUERTE: _____

Nº DE HISTORIA: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____

CAUSA DE MUERTE _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

Nº DE HISTORIA: _____ DIRECCIÓN: _____

RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN : _____
Nombre completo y firma

República Bolivariana de Venezuela



Dirección de Salud Poblacional
Comité de Prevención y Control de la
Mortalidad Materna e Infantil

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

No:

FORMULARIO V - MM

ESTABLECIMIENTO: _____ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MES: _____ AÑO: _____ MUNICIPIO SANITARIO _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL: _____

(describir en forma precisa para facilitar la búsqueda de información)

FECHA DE MUERTE: _____ SITIO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE _____

NÚMERO DE HISTORIA: _____

CAUSA DE MUERTE _____

ANTECEDENTE OBSTETRICOS ASOCIADOS: _____

RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN : _____

Anotar nombre y firma

República Bolivariana de Venezuela



MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Dirección de Salud Poblacional
Comité de Prevención y Control de la
Mortalidad Materna e Infantil

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL

No:

FORMULARIO V – MI

ESTABLECIMIENTO: _____ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MES: _____ AÑO: _____ MUNICIPIO SANITARIO _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL: _____

(describir en forma precisa para facilitar la búsqueda de información)

FECHA DE MUERTE: _____ SITIO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE: _____

_____ NÚMERO DE HISTORIA: _____

CAUSA DE MUERTE _____

RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN : _____

Anotar nombre completo y firma

VI. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el medio que proporciona al niño no sólo las sustancias nutritivas que necesita para su crecimiento y desarrollo sino también protección contra enfermedades, seguridad emocional y amor. Así mismo ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo especial entre ella y su hijo. Es considerada como una estrategia mundial de supervivencia infantil, de seguridad alimentaria, de calidad de vida y derecho humano.

El fomento de la lactancia materna es una de las herramientas más útiles y de más bajo costo que se puede utilizar para

contribuir a la salud y bienestar de las madres y al crecimiento y desarrollo de niñas y niños. En este sentido, todos los servicios de salud, deben contar con personal capacitado y con adecuadas condiciones para llevar a cabo esta tarea.

6.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar acciones que tengan como propósito proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y debidamente administrada hasta los dos años de edad.

6.2. DISPOSICIONES GENERALES

- A todas las madres se les entrega el recién nacido en los primeros 30 minutos después del parto, para hacer contacto piel a piel y estimular el amamantamiento
- En caso de cesárea en la primera media hora, en que la madre pueda comunicarse con el recién nacido, se le entrega para hacer contacto piel a piel y/o iniciar la lactancia materna.
- No dar al recién nacido más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo que haya indicación médica.
- Facilitar el alojamiento conjunto a la madre con su hijo las 24 horas del día, salvo indicación médica.
- Todas las embarazadas deben recibir orientación en el autocuidado de sus mamas, para sensibilizarlas en el proceso de lactancia.
- En caso de tener que interrumpir o postergar el amamantamiento temporal-mente, se debe ayudar a la madre a establecer o mantener la extracción manual o mecánica, como preparación al momento de reestablecer la lactancia materna
- En aquellos casos de madres HIV positivas, en el posparto no se recomienda la lactancia materna, por incrementarse el riesgo de transmisión.

6.3. LACTANCIA MATERNA, DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS.

Existen factores a tener en cuenta cuando se administran drogas o sustancias durante la lactancia materna, como son:

- La droga misma y sus características: vías de absorción, tamaño, unión a proteínas, Ph, ionización, solubilidad, vías de excreción, entre otras.
- Si se hace necesario administrar alguna droga, se debe buscar la que menos efecto tenga de ese grupo (antibióticos, analgésicos, antihipertensivos, entre otros.)
- Si es la única droga y sus efectos dependen de la concentración, se debe amamantar una hora antes de su administración.
- Si es absolutamente necesario y no existen las posibilidades anteriores, se debe hacer extracción manual y conservar suficiente cantidad de leche para el tiempo que dure el tratamiento que es generalmente corto y suministrar la leche con vaso o cuchara.
- Evitar al máximo droga de acción prolongada, por el peligro de acumulación en el lactante, debe sustituirse por la de acción corta y vigilar al recién nacido de los posibles efectos de su utilización.
- No amamantar si se están recibiendo drogas antineoplásicas.
- Si se suministran sustancias radiactivas para exámenes de diagnóstico, se debe preguntar cuánto dura su acción, para realizar extracción manual, almacenar y suministrar la leche durante ese tiempo y reiniciar el amamantamiento una vez haya pasado su efecto.

6.4 LACTANCIA MATERNA, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES.

| Drogas Indicadas | Precaución | Contraindicadas |
|---|---|---|
| -Casi todos los antibióticos -Anticonvulsiantes -Anticoagulantes -Drogas antihipertensivas y del Sistema Nervioso Central -Analgésicos y AntiInflamatorios. -Psiquiátricas, Antidepresivos, Antipsicóticos -Antihistamínicos de corta acción -Agentes gastrointestinales (antiácidos, antidiarreicos, Antihelmínticos) | -Anticonceptivos -Diuréticos -Aspirina -Hipnóticos y Ansiolíticos -Antihistamínicos de larga acción -Bicarbonato de Sodio -Hormonas y drogas antitiroideas. | -Quinolonas -Antimetabolitos y antineoplásicos -Yoduro -Drogas que causan alteración del comportamiento y adicción (morfina, nicotina, cocaína, marihuana, etc.) |

6.5. PROBLEMAS TEMPRANOS DE LA MADRE

| PROBLEMAS | INDICACIONES |
|---|--|
| 1. Congestión de los pechos: (En algunos casos presentan fiebre durante más o menos 24 horas. "Fiebre Láctea" dicha fiebre cede sin tratamiento. Si persiste debe descartarse infección) | Dejar que el niño/a mame cada vez que quiera. Si el niño/a no puede remover suficiente cantidad se debe extraer manualmente la leche. Colocar compresas frías. Analgésicos SOS. |
| 2. Pechos que gotean Leche. | Hacerle ver a la madre que el goteo es transitorio. Enseñarle a usar los recolectores de la leche disponibles en el mercado. Si la madre trabaja, debe ordeñarse la leche para que alguien se la suministre al niño/a mientras está ausente. |
| 3. Quiste Lácteo por retención | Dar masajes circulares sobre los quistes en dirección al pezón tratando de disolver con el calor y la presión la leche impactada. No interrumpir. |
| 4. Conducto obstruido y mastitis | Mejorar el agarre y posición. Amamantar frecuentemente. Masajear suavemente el pecho mientras el bebe está mamando. Aplicar compresas tibias sobre el pecho entre las tomas. Comenzar la mamada en el pecho no afectado. |
| 5. Absceso Mamario | El bebe puede seguir siendo amamantado. Extraer la leche del pecho afectado. Analgésicos. Antibióticos. Compresas tibias. Drenaje quirúrgico si es necesario. |
| 6. Pezón adolorido | Ayude a la madre a confiar en su destreza. Mejora el agarre y continúe lactando. Sugiera mamadas frecuentes. Extraiga la leche. |
| 7. Pezones Agrietados | Mejorar el agarre. Exponer los pezones al aire. Extender gotas de leche materna sobre el pezón. Extraer la leche. |

6.6. PROBLEMAS TARDÍOS DE LA MADRE Y EL NIÑO/A

| PROBLEMA | MANEJO |
|---|---|
| 1.- Insuficiente cantidad de leche | Aumente la confianza de la madre en sí misma y su capacidad de producir leche. Estimule la relajación de la madre cuando amamante. Muestre el incremento apropiado de peso y talla del lactante. |
| 2.- Llanto debido a "Crisis de Lactancia" | Aumente la frecuencia de las mamadas en número mayor de 12 veces por día. Evalúe las técnicas de lactancia materna (énfasis en la posición para amamantar). No recomiende formulas lácteas. Explique que son situaciones transitorias. |
| 3.- Llanto debido a "Cólico Infantil" | Recomiende a la madre no ingerir alimentos irritantes y de difícil digestión. Descarte otras causas de llanto. No formule medicamentos espasmolíticos. Insistir en la importancia del ambiente tranquilo para amamantar. |
| 4.- Regreso al Trabajo | <p>Aconseje a la madre que amamante en forma exclusiva el mayor tiempo posible. Enseñe a la madre a realizar extracción manual de la leche y su conservación. Recomendar que se ofrezca la leche materna extraída con vaso o cuchara.</p> <p>Recuerde que el trabajo de la mujer es necesario para ella y la sociedad, pero no justifica el abandono de la lactancia materna.</p> |
| 5.- La madre toma anticonceptivo oral | La combinación de anticonceptivos orales (estrógenos y progestinas) no puede tomarse durante la lactancia. Sin embargo las "mini píldoras" (progestina exclusivamente) pueden prescribirse sin riesgo. |

6.7. SESORIA:

Durante el período Prenatal está indicado:

- Conversar experiencias previas de la madre en relación con la Lactancia Materna; si hubo problemas, se debe explicar las posibles causas de éstos y cómo prevenirlos.
- Asegúrese de que las madres entiendan los beneficios de la Lactancia Materna desde el punto de vista nutricional, inmunoprotector y psicoafectivo.
- Preparar a la madre psicológicamente para la Lactancia Materna haciéndole sentir seguridad en su capacidad para amamantar bien a sus hijos.
- Discutir los cuidados personales en cuanto a modo de vida, ejercicios, dieta adecuada.
- Examinar las mamas y pezones para descartar futuros problemas para el amamantamiento e informarle sobre cómo prevenirlos. Si el pezón es:
 - Corto: No presenta problemas para la lactancia.
 - Muy largo: La madre debe colocar la areola al mismo tiempo que el pezón dentro de la boca del niño. Si hay dificultad de deglución, extraer manualmente un poco de la leche antes de amamantar.
 - Plano : El niño al amamantarse formará una tetilla adecuada.
 - Invertido: ejercicio de Hoffman después que el niño nazca.
- Señalarle que la producción de leche se inicia en la última semana del embarazo con la aparición de calostro a las 24 horas y de leche a las 48 horas.
- Al bajar la leche es posible que las mamas se hinchen y se pongan duras por unos días.
- La succión frecuente ayuda a que la leche baje y aumenta la producción.

- Se debe amamantar al niño cada vez que él quiera. **Sin horario.**
- Se amamanta cada vez que quiera. Dejar que vacíe una mama antes de ofrecerle la otra.
- El bebé en lactancia materna exclusiva no necesita otro alimento ni siquiera agua.
- Se debe evitar el uso de biberones ya que éstos propician la confusión, disminución de mamadas e infecciones.
- El amamantamiento inmediato estimula la contractilidad uterina, disminuyendo el riesgo de hemorragias e infecciones puerperales.
- Informar que hay factores que obstaculizan el reflejo de eyección como son el stress, el dolor, las preocupaciones, la violencia familiar, etc. Inmediatamente después del parto en Sala de Maternidad:
- Iniciar la Lactancia Materna en la primera media hora de nacido.
- Ayudar a la madre a empezar el proceso de amamantamiento.
- Posición correcta para amamantar: El cuerpo del niño pegado al de la madre. Boca y mandíbulas pegadas al pecho. Boca completamente abierta y labios evertidos. La mayor parte de la areola (o toda) dentro de la boca del bebé. Chupadas grandes y espaciosas. La madre no siente dolor en los pezones.
- Reforzar los consejos dados en Consultas Prenatales.
- Vigilar que se estén utilizando las técnicas correctas de posición y agarre, durante el amamantamiento.
- Garantizar alojamiento conjunto.

Orientación de la madre al egreso del establecimiento:

- Reforzar todos los consejos dados anteriormente.
- Poner en contacto a las madres, con su correspondiente grupo de apoyo.
 - Referirla a la consulta post-natal y del niño/a, mantener el seguimiento utilizando la ficha materno infantil.
 - Orientar sobre problemas que pueden presentarse los primeros días de la Lactancia.

Orientación en Consulta de Control Postnatal y clínica de lactancia materna.

- Reforzar consejos de la Lactancia Materna y beneficios de la misma
- Informar y/o solucionar los problemas que pueden presentarse durante las dos (2) primeras semanas.
- Instruir a la madre cómo realizar la extracción manual de leche y su conservación.

Orientación para el Regreso al Trabajo.

- Reforzar consejos sobre beneficios de la Lactancia Materna y hacer énfasis en la producción, extracción y conservación de la leche materna.
- Extraer manualmente la leche antes de salir al trabajo, guardar en nevera y entrenar a la cuidadora, para que lo de con taza y/o cucharilla.
- Extraerse la leche en el trabajo para evitar “el goteo”, y evitar que disminuya la producción.

6.8. INDICADORES DE RENDIMIENTO:

-Número de recién nacidos con apego precoz

-Numero de mujeres amamantando a hijo/hija hasta 6 meses del postparto (MELA)

-Número de mujeres amamantando a hijo/hija hasta 2 años del postparto (alimentación complementaria)

-Proporción de hospitales donde se protege la lactancia materna

Volver al Índice Tomo III

Pasar a Pag. Siguiente

VII. ATENCION GINECOLOGICA

7.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este manual de procedimientos en relación a la Atención Ginecológica es unificar un conjunto de acciones de salud dirigidas a la mujer no gestante, orientadas hacia la protección integral de su salud en las diferentes etapas de su vida y no sólo de su aparato genital, órganos y sistemas relacionados.

7.2. POBLACION OBJETO

Toda la población femenina indistintamente de la edad:

- Infantil: hasta los 12 años.
- Adolescente: de 10 a 19 años.
- Mujer adulta: 19 a 49 años.
- Menopáusica: 50 años y más.

7.3. COBERTURA

Durante el primer año se atenderá el 20 % de la población femenina indistintamente de la edad, incrementándose el 10 % anual a partir de los años siguientes hasta alcanzar la cobertura total.

7.4. DISPOSICIONES GENERALES

- Los servicios de Atención Ginecológica deben ofrecer información, orientación, asesoría, atención integral, prevención y detección de cualquier patología ginecológica, disfunción sexual, de órganos y sistemas relacionados, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, cáncer cérvico-uterino-de ovario y mamas, tratamiento y referencias oportunas según el caso y el nivel de atención, para contribuir a disminuir la morbilidad de la mujer por esas causas.
- Los servicios de Atención Ginecológica deben ofrecerse a toda mujer desde su nacimiento

7.5. APLICACION DE TECNOLOGIAS

Concentración.

- Bajo riesgo: La mujer debe recibir un control ginecológico al año.
- Alto Riesgo: El número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo.

Rendimiento

Número de Consultas Ginecológicas por Paciente / año.

- Población de Bajo Riesgo: Una (1) Consulta por paciente / año.
- Población de Alto Riesgo: Cuatro (4) Consultas por paciente / año.

7.6 FACTORES DE RIESGO

En relación con el área ginecológica el riesgo está determinado por las condiciones bio-psico-sociales de la mujer a los diferentes factores que condicionan la probabilidad de padecer un daño. De acuerdo a estos factores determinantes

existen dos grupos:

Bajo Riesgo Ginecológico.

Mujeres asintomáticas, en buenas condiciones físicas y mentales sin antecedentes familiares ni de patología ginecológica obstétrica conocida, su motivo de consulta es para detección de enfermedad, disfunción sexual, embarazo, orientación o planificación familiar.

Alto Riesgo Ginecológico.

- Bajo nivel socioeconómico y educativo.
- Mujeres sintomáticas de cualquier edad.
- Mujeres con antecedentes familiares y/o personales de patología ginecológica u obstétrica.
- Mujeres víctimas de maltrato y abuso sexual.
- Factores epidemiológicos que condicionan la mayor posibilidad de una patología tumoral o infecciosa.
- Presencia de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA

Las pacientes ginecológicas de alto riesgo deben ser asistidas en el II o III Nivel según la patología y en las unidades ginecológicas especializadas existentes:

- Oncología ginecológica
- Ginecología Infanto-Juvenil.
- Infertilidad.
- Climaterio y postmenopausia
- Servicio de Imagenología: Radiología, Ecografía, Mamografía, Densimetría ósea.
- Endocrinología.
- Otros.

7.7. ACTIVIDADES A REALIZAR.

Primera consulta.

Preclínica.

Registro de datos en la Historia Clínica.

Control de signos vitales.

Examen físico integral, con énfasis en:

- Examen odontológico.
- Examen Tiroideo.
- Examen de mamas, axilas, región supra e infraclavicular, explicando la técnica de auto examen.
- Examen ginecológico con toma de citología cervico-vaginal de acuerdo a la Norma del Programa Nacional de Oncología del MSDS.
- Prueba de Elisa para VIH
- Clasificación según enfoque de riesgo.
- Diagnóstico (provisional o definitivo)
- Formulación de exámenes complementarios (Laboratorio y Ecosonograma de acuerdo al caso)
- Referencias necesarias.
- Asignación de cita control.
- Actividades de Educación para la Salud.
- Visita domiciliaria, según el caso.

Consulta sucesiva.

- Preclínica.
- Control de signos vitales.
- Evaluación física integral y orientada de acuerdo a alguna patología encontrada o sintomatología expresada por la solicitante.
- Evaluación del tratamiento indicado.
- Asignación de cita control.
- Actividades de educación para la salud.
- Visita domiciliaria según el caso.

Actividades de información, educación y comunicación para la atención ginecológica

Esta actividad está orientada a prestar información, educación, comunicación y formación a la mujer no gestante, cualquiera sea su edad.

La promoción y difusión de los Servicios de Atención Ginecológica se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de los servicios de atención ginecológica para la salud de la mujer.

Debe impartirse tanto en mujeres como en hombres a nivel grupal e individual y debe comprender los siguientes aspectos:

- Sexualidad y Reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- Factores de riesgo reproductivo con énfasis en asesoría preconcepcional, con el fin de que los individuos lleguen al autoreconocimiento de sus factores de riesgo.
- ITS-VIH/SIDA y sus medidas preventivas, detección y tratamiento.
- Cáncer cérvico-uterino, ovario y mama, sus medidas preventivas, detección y tratamiento oportuno.
- Información sobre métodos anticonceptivos de manera general para mujeres y hombres.
- Autocuidado personal y familiar con énfasis en aquellos capaces de pro-mover estilos de vida saludable.
- Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.
- Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de servicios de atención ginecológica.

7.8. ASESORIA:

- La asesoría en atención ginecológica debe incluir un proceso de comunicación personal, entre los prestadores de servicio y la usuaria y/o su acompañante o familiar, mediante el cual se ofrezca información amplia sobre Salud Sexual y Reproductiva que permita promover estilos de vida saludable tanto personal como familiar y disminuir la **mortalidad y morbilidad** por causas ginecológicas, cáncer o ITS-VIH/SIDA.
- La asesoría debe dar particular atención a las adolescentes, las mujeres con vida sexual activa y mujeres en el periodo perimenopáusico.
- La asesoría debe ser impartida por cualquier miembro del Equipo de Salud que haya recibido capacitación especial: médico, enfermera/o, psicóloga/o, trabajador/a social, promotores de salud, agentes comunitarios.
- El asesor/a debe establecer un diálogo con la usuaria y/o su acompañante o familiar si la demandante lo desea, hacer preguntas claves, conocer y estar actualizando/a sobre sexualidad y reproducción humana.
- La asesoría establece comunicación sobre cuestiones de índole personal y es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de manera que la usuaria se exprese con absoluta confianza y libertad.
- El trato del asesor/a debe ser de respeto hacia la usuaria, mostrando interés, procurando un ambiente de confianza y tomar en cuenta los mitos y tabúes sobre las enfermedades ginecológicas y hacer aclaraciones pertinentes con DELICADEZA, SENSIBILIDAD Y HUMANIDAD.

- El asesor/a debe reconocer signos de cualquier problema emocional u orgánico de importancia en la usuaria o su grupo familiar y hacer la referencia en caso necesario. La asesoría debe realizarse en la visita que la usuaria haga al Servicio de Atención Ginecológica, en la Consulta Externa u Hospitalización, en Centros de Atención Comunitaria o en las visitas domiciliarias.

7.9. INDICADORES DE EVALUACION

- Porcentaje Mujeres atendidas en Servicios de Salud Reproductiva
- Porcentaje de Consultas de Alto Riesgo Ginecológico.
- Número de consultas por mujer al año.
- Porcentaje de consultas de control.
- Número de citologías realizadas e informadas.
- Porcentaje de citologías alteradas.
- Porcentaje de citologías informadas como inadecuadas.
- Porcentaje de Mujeres con información sobre auto-examen de mamas.
- Porcentaje de Mujeres con VDRL y VIH practicados e informados.
- Porcentaje de VDRL y VIH positivos y negativos.
- Morbilidad por patologías ginecológicas o mamarias.
- Tasa de Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.
- Tasa de Mortalidad por Cáncer ginecológico (excepto cérvico uterino)
- Tasa de Mortalidad por Cáncer mamario.
- Tasa de Mortalidad Materna en Mujeres por ITS/VIH/SIDA.
- Tasa de infertilidad en mujeres y hombres
- No. de personal de salud capacitado.
- No. de actividades educativas realizadas.
- No. de personas referidas a atención psicológica y social
- No. de personas referidas a programas y proyectos de educación en SSR

VIII. ATENCION DE LA MUJER

EN LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

8.1. OBJETIVO GENERAL

Este componente está orientado a garantizar una atención integral a la mujer en la etapa peri y post-menopausia e indirectamente a su pareja a través de un conjunto de acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida al disminuir en gran medida los problemas que puedan potencialmente impactar la morbilidad de no ser atendidas durante la primera década, éstos incluyen entre otras las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

8.2. COBERTURA

Durante el primer año se atenderá el 30% de la población femenina en etapa peri y post-menopáusica. A partir de los años siguientes se establece un incremento del 10% hasta alcanzar la Cobertura total.

8.3. CONCENTRACION

- Cinco (5) consultas por mujer al año durante el primer año.
- Dos (2) consultas por mujer al año a partir del primer año.

8.4. RENDIMIENTO

- Tres (3) consultas por Hora-Médico de contratación. La relación debe ser una (1) de primera por dos (2) controles.

Factores de riesgos que deben prevenirse y/o manejarse para que no afecten la salud de la mujer climaterica:

- Hiperplasia y cáncer de endometrio.
- Alteraciones cardiovasculares.
- Trastornos metabólicos: osteoporosis, menopausia no tratada, elevada ingesta de alcohol, tabaquismo, inactividad física, dieta pobre en calcio y/o excesiva en proteínas, fosfatos y sodio, modificaciones en el peso corporal.
- Atrofia genitourinaria.
- Trastornos neurovegetativos: modificaciones del humor, trastornos en el comportamiento.
- Alteración en el área psicoafectiva.
- Disfunción sexual.

8.5. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA PRIMERA CONSULTA

- Preclínica
- Interrogatorio médico, con énfasis en el estado anímico, nutrición, autoestima, violencia o maltrato familiar, función sexual.
- Investigar antecedentes Familiares: Cáncer de mama, Osteoporosis.
- Investigar antecedentes Personales:
 - Cáncer de mama
 - Factores nutricionales
 - Cáncer de endometrio
 - Hábitos: tabaco, café, alcohol
 - Enfermedad hepática crónica
 - Actividad física.
 - Enfermedades hipofisarias
 - Litiasis renal
 - Enfermedades endocrinológicas: Hipotiroidismo, Diabetes, Enfermedad y Síndrome de Cushing.
 - Ingestión medicamentosa: Hormonas esteroideas, Anticonvulsivantes, Anticoagulantes, Antiácidos derivados del aluminio, Uso de quimioterapia, Hormonas tiroideas.
 - Síndrome diarreico crónico o de mala absorción intestinal
- Registro de datos en la Historia Clínica.
- Examen físico integral, con énfasis en mamas y el área ginecológica.
- Examen ginecológico:
 - Toma de citología y colposcopia.
 - Biopsia endometrial (de estar indicado)
- Clasificación según enfoque de riesgo.
- Diagnóstico (provisional o definitivo)
- Formulación de exámenes complementarios:
 - Hemograma
 - Perfil renal
 - Calcio / Creatinina urinario
 - Perfil hepático
 - Perfil Lipídico
 - Análisis de orina
- Perfil Hormonal: FSH (en la perimenopausica), 7 B-Estradiol
- Realización de Densitometría ósea:

Indicaciones:

 - Mujeres que no necesitan tratamiento hormonal sustitutivo a no ser que tuviesen riesgo elevado de osteoporosis
 - Mujeres con antecedentes de fracturas no justificadas o con radiología susceptible de osteoporosis
 - Mujeres con anomalías radiológicas vertebrales u osteopénia
 - Mujeres con menopausia precoz

- Mujeres con varios factores de riesgo:
- Historia familiar de osteoporosis
- Baja ingesta de calcio
- Fármacos: glucocorticoides
- Hipertiroidismo.
- Tabaquismo
- Elevada ingesta de alcohol
- Ingesta de hormona tiroidea
- Realización de Mamografía: Toda mujer en etapa perimenopausica y post-menopáusica debe someterse a una mamografía inicial, excepto cuando tenga mamas con prótesis.

Se recomienda el siguiente esquema de Screening mamario:

- Una mamografía basal a los 35 años
 - Una mamografía anual después de los 50 años.
- Indicaciones para la realización de la Ecografía Mamaria:
- Masa palpable y visible con mamografía
 - Mamas muy densas, de difícil visualización por mamografía
 - Masa palpable que no se visualiza en la mamografía.
 - Mujeres jóvenes con mastalgia. Mamas con prótesis
 - Ultrasonografía (si esta indicada)
 - Educación a la mujer sobre el climaterio, la terapia hormonal, el auto-exa-men de mama, prevención del cáncer ginecológico, autoestima, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, higiene personal, nutrición.
 - Inicio de la terapia de reemplazo hormonal y calcio.
 - Añadir de ser necesario, terapia adicional para osteoporosis.

8.6. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LOS CONTROLES

SUCESIVOS:

Segunda consulta, al mes de la consulta inicial:

- Revisión de síntomas, aceptabilidad, cumplimiento y resultados del tratamiento.
- Ultrasonografía (si esta indicada)
- Biopsia de endometrio según el resultado de la ultrasonografía.
- Ajustar dosis de estrógeno y progestágeno.
- Añadir tratamiento adicional para la osteoporosis si esta indicado.
- Educación a la paciente.

Tercera consulta, a los tres (3) meses de la consulta inicial:

- Revisión de síntomas, aceptabilidad, cumplimiento y resultados del tratamiento.
- Examen físico general y de las mamas.
- Laboratorio (si esta indicado): colesterol, triglicéridos, glicemia, creatinina, calcio fósforo sérico y urinario, índice calcio / creatinina.
- Ultrasonografía (si está indicada)
- Biopsia de endometrio según resultado de ecosonografía.
- Ajustar dosis de estrógeno y progestágeno.
- Educación a la usuaria.

Cuarta consulta, a los seis meses de la consulta inicial:

- Revisión de síntomas, aceptabilidad, cumplimiento y resultados del tratamiento.
- Examen físico general y de las mamas.

- Índice de maduración celular.
- Educación a la usuaria.

Quinta consulta, a los doce meses de la consulta inicial:

- Revisión de síntomas, aceptabilidad, cumplimiento y resultados.
- Examen físico general y de mamas.
- Examen ginecológico, citología para Papanicolaou y colposcopia.
- Índice de maduración celular.
- Laboratorio.
- Mamografía.
- Densimetría ósea (si esta indicada)
- Ultrasonido (si esta indicada).
- Biopsia de endometrio según resultado de ultrasonografía.
- Educación de la paciente.

Visitas semestrales de control:

- Revisión, aceptabilidad, cumplimiento y resultados del tratamiento.
- Examen físico general y de las mamas.
- Examen ginecológico, citología para Papanicolaou, colposcopia.
- Laboratorio anual.
- Mamografía anual.
- Densimetría ósea anual (si esta indicada)
- Ultrasonografía (si esta indicada).
- Biopsia de endometrio según resultado de la ultrasonografía.

8.7. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO

Disposiciones Generales:

- Las mujeres candidatas a recibir THS deben ser cuidadosamente estudiadas. Esto incluye consideración de factores de riesgo, examen ginecológico y cardiovascular, mamografía de alta resolución y pruebas de laboratorio pertinentes. Por estas consideraciones, la THS no debe ser automedicada.
- El médico encargado del cuidado de la salud de la mujer posmenopáusica, debe estar en conocimiento de los riesgos y beneficios de la THS, los cuales debe discutir con su paciente. Todas las evidencias disponibles deben ser incluidas en la toma de decisión que se basará en las necesidades individuales de cada paciente.
- La THS debe ser individualizada, a la dosis recomendada, con el correcto y periódico control,
- La THS no debe ser indicada como tratamiento o prevención, primaria o secundaria, de la enfermedad cardiovascular.
 - Cuando la THS se indique para el tratamiento de los síntomas (sintomatología vasomotora, atrofia vaginal, disminución de la libido) y para mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica debe ser a corto plazo.
 - Quienes ya estén recibiendo la THS no deben suspender el tratamiento sin antes consultar con su médico, quien reevaluará la indicación.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

- Estrógenos orales (conjugados)
- Estrógenos Transdérmicos (17 B- estradiol)
- Progesterona.
- Complemento de calcio (1000- 1500 mg diarios) y dieta rica en calcio.
- Actividad física (caminatas de 45 minutos - 1 hora diaria)

- Educación para la salud y psicoterapia de apoyo.

INDICACIONES DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL:

- En menopausia precoz espontánea o quirúrgica.
- Usuarias sintomáticas (síntomas vasomotores, atrofia de la piel y mucosas)
- En riesgo de padecer osteoporosis o en caso de osteoporosis ya establecida.
- En hipertensión o hipercolesterolemia a raíz de la menopausia.
- En las usuarias que bien informadas deseen Terapia de Reemplazo Hormonal.

Criterios de exclusión para la terapia de reemplazo hormonal:

| Sintomatología de la Paciente | Opciones terapéuticas | | |
|----------------------------------|-----------------------|--------------|---------|
| | Oral | Transdèrmica | Vaginal |
| Síntomas Climatéricos | + | + | |
| Atrofia Vaginal | + | + | + |
| Enfermedad arterial | + | + | |
| Comienzo de tratamiento. 1ra vez | + | + | |
| Nauseas y vómitos | | + | |
| Síntomas psico sexuales | + | + | + |
| Hipertensión | + | + | |

Preparados disponibles y Dosis

| ESTROGENOS | DOSIS(mg) disponibles | DOSIS/DIA |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| a. ORALES: | | |
| Estrógenos derivados de estrona. | | |
| Estrógenos Conjugados Equinos. | 0,625 - 1,25 - 2,5 | 0,625 |
| Estradiol y derivados: | | |
| Estradiol Micronizado | 1 - 2 | 2 |
| Estriol | 1 - 2 | 2 |
| b. TRANDERMICOS: | | |
| parches de 17-B Estradiol | 25 - 50 - 100 (parche 50) | 0,05 mg/sesión día |
| gel de 17-B Estradiol | 60 grs. | 2,5 gr de gel (1,5 mg Estradiol) |
| c. VAGINALES: | | |
| Ovulos, Cremas | | 0,5 mg |

Formas de administracion:

Todas las vías de administración son eficaces, siempre y cuando se consigan niveles plasmáticos óptimos.

Vía Oral:

| Ventajas: | Desventajas: |
|--|--|
| Permite ajuste rápido de la dosis, según las necesidades de la usuaria | Cuadros jaquecosos en usuarias predispuestas |
| Rápida absorción intestinal | Litiasis biliar (sólo en altas dosis) |
| Fácil adquisición Produce niveles farmacológicos sostenidos | Hipertrigliceridemia |
| Posee efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, elevando los niveles de HDL y disminuye la LDL | |

Vía Transdérmica:

Parches.

Características:

- Sistema de liberación basado en un micro-reservorio de Estradiol en un vehículo que permite su absorción gradual por la piel al ser aplicado.
- La membrana externa es oclusiva e impermeable, la membrana interna es hipoalérgica, poliédrica y adhesiva estando en contacto con la piel y permite liberación del estradiol.
- La tasa de liberación es de 3 - 4 días por lo que debe sustituirse el Parche 2 veces por semana.
- El lugar de colocación será distinto para cada ocasión a elegir entre diferentes sitios del abdomen o la nalga, con la piel seca y limpia.
- Las pautas terapéuticas deben ser iguales a la vía oral, pueden aplicarse de la siguiente forma:
- Forma Continua: 2 Parches Semanal.
- Forma Cíclica: 2 Parches / semana por 3 semanas y descansar a la cuarta semana.
- Son costosos
- Se despegan con facilidad

| Ventajas: | Desventajas Relativas: |
|---|---|
| Son prácticos, bien tolerados No tiene paso hepático por lo que no producen efectos neovasculares, ni vasculares periféricos No alteran los sistemas de coagulación. Evita la osteoporosis post-menopausica al disminuir la pérdida de calcio | Producen niveles plasmáticos variables Causan reacciones dérmicas locales debido a la goma (ardor - prurito) Son costosos No protegen contra la Hiperlipidemia. Cardiovasculares o cerebrales no mejoran la difusión cerebral. No protegen contra la cardiopatía isquémica ni las complicaciones. Se despegan con facilidad |

NOTA:

Debe administrarse un progestágeno de forma continua o cíclica durante 10 - 12 días de la administración de estrógeno en las pacientes con útero.

Gel:

Características:

- Es otra forma común de administración percutánea que consiste en la aplicación con una espátula de 5 cm de longitud, la cual trae una medida dosificadora y la cual se extiende en la piel del abdomen, cara externa de los brazos o muslos. La aplicación se hará preferentemente después del aseo.
- Se deja secar en un período de 2 ó 3 minutos y su absorción se inicia rápidamente. Aconsejar no masajear, ni frotar.
- La dosis es de 2,5 grs. del gel, equivale a 1,5 mg de estradiol/día. Puede ser aplicada una vez al día o de manera más fisiológica dos veces al día.

| Ventajas: | Desventajas Relativas: |
|---|---|
| Son prácticos, bien tolerados No tiene paso hepático por lo que no producen efectos neovasculares, ni vasculares periféricos No alteran los sistemas de coagulación. Evita la osteoporosis post-menopausica al disminuir la pérdida de calcio | Producen niveles plasmáticos variables Causan reacciones dérmicas locales debido a la goma (ardor - prurito) Son costosos No protegen contra la Hiperlipidemia. Cardiovasculares o cerebrales no mejoran la difusión cerebral. No protegen contra la cardiopatía isquémica ni las complicaciones. Se despegan con facilidad |

Vía Transvaginal:

- Ovulos - Cremas vaginales Indicaciones:
 - Solamente en molestias resultantes de la atrofia del tracto genito-urinario, en condiciones de deficiencia estrogénica.
 - En ningún caso es una vía para reemplazar a los estrógenos de acción sistémica por lo irregular de su absorción

Posología:

Colocación de un óvulo diario durante 2 - 3 semanas seguidos de la dosis de mantenimiento de 1 óvulo 2 veces por semana.

| Ventajas: | Desventajas: |
|-----------------------------|--|
| Fácil y sencilla aplicación | Pueden causar irritación local o prurito al comienzo del tratamiento |

Efectos secundarios de los estrogénos: (es más frecuente por los progestágenos)

- Náuseas
- Cefaleas.
- Edema o Hinchazón
- Tensión mamaria intensa
- Sangrado irregular

Progesteronas disponibles y sus derivados.

| PROGESTERONA Via Oral | DOSIS DISPONIBLE(mg) |
|--|----------------------|
| Progesterona Natural. | 100 |
| Derivados Acetato de medroxiprogesterona | 2,5 - 5 - 10 |
| Acetato Ciproterona | 1 - 10 - 50 |
| Progesterona Micronizada | 100 |
| Acetato de Noretisterona | 5 y 10 |
| Noretisterona | 0,35 y 5 |

Indicaciones:

Coadyuvante de la Terapia de Reemplazo en las mujeres peri y post-menopáusicas para minimizar los riesgos de hiperplasia endometrial y carcinoma de endometrio.

Efectos secundarios:

Síndrome pre-menstrual, hinchazón abdominal, cefaleas, sangrado o manchas interrumpidas, hipertensión arterial, vértigo, sensibilidad mamaria, náuseas, hiperlipidemia

Contraindicaciones:

Hiperlipidemia, Cardiopatía isquémica, Enfermedad hepática, Sangrado vaginal no diagnosticado, Hipertensión Arterial.

Otros tratamientos no hormonales.

Tibolona

Características:

- Esteroide relacionado estructuralmente con progestágeno noretinodrel y noretisterona.
- Tiene acciones combinadas estrogénicas débiles y progestacionales y débil efecto androgénico.

Presentación: Comprimidos de 2,5 mg Posología: 1 comprimido al día. Contraindicaciones: Trastornos cardiovasculares, hemorragia vaginal no diagnosticada, trastornos hepáticos severos, tumores hormono-dependiente, hiperlipidemia.

Efectos adversos:

Vértigos, trastornos gastrointestinales, jaqueca, cambio de peso corporal, hiperandrogenismo, aumento del crecimiento capilar facial, sangrado irregular, acné facial

Via de elección segun sintomatología de la paciente:

| Sintomatología de la paciente | Opciones terapéuticas | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------|---------|
| | Oral | Transdérmica | Vaginal |
| Síntomas Climatéricos | + | + | |
| Atrofia Vaginal | + | + | + |
| Enfermedad arterial | + | + | |
| Comienzo de Tratamiento. 1ra. Vez | + | + | |
| Nauseas y vómitos | | + | |
| Síntomas psico sexuales | + | + | + |
| Hipertensión | + | + | |

Pautas terapeuticas:

El tratamiento hormonal sustitutivo tiene cinco modalidades terapéuticas:

Estrógenos sin oposición:

- Solamente para ser administrado en aquellas pacientes sin útero.

Progestágenos solos:

- Indicado solamente en pacientes en las cuales está contraindicada la terapia estrogénica, que tengan sangrado irregular.
- Pacientes que rechacen en un principio la terapia estrogénica.

| Modo de Indicación: | Continuo | Cíclico |
|--------------------------------|------------|------------|
| Acetato de medroxiprogesterona | 5-10 mg | 2,5-5 mg |
| Progesterona Micronizada | 200-300 mg | 100-300 mg |

Terapia cíclica combinada:

ESTROGENO 1-21 días
LIBRE 22-30 días

PROGESTAGENO 11-21 días

Forma de Administración:

Se administra de 21 - 28 días de estrógeno oral y luego la asociación de un progestágeno los últimos 11 - 14 días de iniciado el tratamiento con el estrógeno.

Objetivos de la Terapia:

- Conseguir sangrado regular y de normal cantidad.
- Se conoce el estado endometrial.

Precauciones a informar a la paciente: Informar sobre la posibilidad de reaparición en la semana de descanso de la sintomatología climatérica así como del síndrome pre-menstrual y jaquecas migrañosas.

Terapia de estrógenos continuos y progestágenos cíclicos:

ESTROGENO 1-30 días

PROGESTAGENO 1-12 días

MENSTRUACION

Objetivos de la Terapia:

- Conseguir sangrados regulares.
- Se conoce el estado endometrial.
- Eliminación de posibles glándulas hiperplásicas.

NOTA: La ventaja de evitar la semana de descanso estrogénica es impedir la reaparición del síndrome climatérico y premenstrual.

TERAPIA CONTINÚA DE ESTRÓGENO Y PROGESTERONA.

ESTROGENO 1-30 días

PROGESTAGENO 1-30 días

Objetivos de la Terapia:

- Conseguir atrofia endometrial (96%)
- Precauciones a informar a la paciente:
- Presencia de ligeros manchados en el primer mes (40%)
- Presencia de ligeros manchados en los 3 - 4 meses (10%)

Elección de la Terapia: Es importante tener presente:

- Individualizar la terapia de cada paciente tomando en cuenta el fármaco a utilizar, vía de administración, dosis, intervalo y tiempo de tratamiento.
- Depende del deseo o no de tener menstruaciones.
- En caso de desear menstruaciones normales escoger la terapia cíclica combinada.

| USUARIAS | Estrógenos | Cíclica Combinada | E. Continuar P. Cíclicos | continua Combinada |
|------------------------------|------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Joven con útero | | | | |
| Joven sin útero | + | | | |
| Perimenopausica con útero | | | | |
| Perimenopausica sin útero | + | | | |
| Posmenopáusica con útero | | | | |
| Posmenopáusica sin útero | + | | | |

NOTA: En pacientes sin útero no tiene ninguna indicación el uso de progestágenos.

8.8. INDICADORES DE RENDIMIENTO:

- Número de mujeres climatéricas o menopausicas atendidas
- Numero de mujeres climatéricas o menopausicas con estudios citológicos realizados y reportados
- Número de mujeres climatéricas y menopausicas con perfil lipidico anormal
- Número de mujeres climatéricas o menopausicas con densimetría ósea realizadas y reportadas
- Número de mujeres climatéricas y menopausicas con mamografías realizadas y reportadas
- Número de mujeres climatéricas y menopausicas que recibieron terapia hormonal de reemplazo
- Número de mujeres climatéricas y menopausicas con mejoría en la sintomatología (síntomas vasomotores, resequedad vaginal /piel, inestabilidad emocional, dolores ostio-musculares)
- Número de mujeres con Dx de osteoporosis
- Número de mujeres climatéricas y menopausicas tratadas por osteoporosis
- Numero de mujeres climatéricas y menopausicas referidas a atención psicológica y social
- Numero de mujeres climatéricas y menopausicas referidas a programas y proyectos educativos de SSR

IX. ATENCION AL HOMBRE EN LA VIDA

ADULTA Y ADULTO MAYOR

9.1. OBJETIVO GENERAL

Unificar un conjunto de acciones de salud al hombre adulto y/o anciano, orientado fundamentalmente hacia la protección integral de su salud no solamente en la esfera urogenital sino de otros espacios relacionados tales como metabólicos, cardiovasculares, psicológicos y sexológicos.

9.2. POBLACION OBJETO

Toda población masculina mayor de 20 años

9.3. COBERTURA

Cobertura máxima en relación con la disponibilidad de los recursos y las posibilidades de personal e infraestructura.

9.4. CONCENTRACION

Dos (2) consultas por hombre durante el primer año Una (1) consulta al año después del primer año

9.5. RENDIMIENTO

Dos consultas por hora médico.

9.6 FACTORES DE RIESGO

BAJO RIESGO: asintomático menores de 50 años ALTO RIESGO: • Mayores de 50 años

- Bajo nivel socioeconómico y educativo
- Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares
- Antecedentes familiares o personales de enfermedades metabólicas como diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades pulmonares
- Sobrepeso, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo
- Frecuencia de enfermedades de transmisión sexual

Factores de riesgo que deben prevenirse y/o manejarse para no afectar la salud del hombre mayor de 40 años.

Factores de riesgo para disfunción sexual

- Tabaquismo, alcoholismo, drogas, sedentarismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia

Factores de riesgo para hiperplasia y cáncer de próstata

En la actualidad no contamos con métodos para la prevención de hiperplasia prostática, la cual afecta aproximadamente al 80% de la población masculina mayor de 50 años. Tampoco se cuenta con métodos para prevenir el carcinoma de próstata que afecta a la población mayor de 40 años. Solamente se cuenta con métodos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en particular el antígeno prostático específico y el tacto rectal. Se debe promover acciones integrales de promoción y educación para la salud en los servicios sanitarios y en la articulación con las redes para promover la asistencia de la población masculina a la atención preventiva de estos aspectos.

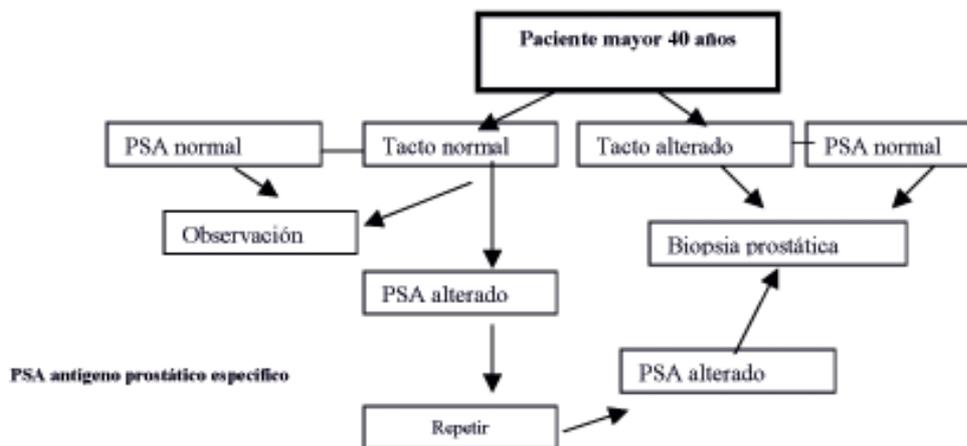
9.7. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA PRIMERA CONSULTA

- Interrogatorio Hacer énfasis en síntomas urogenitales como disminución del chorro miccional, goteo postmiccional, nicturia, polaquiuria, hematuria.
- Antecedentes Familiares: Oncológicos de cualquier tipo de cáncer Cardiovasculares Enfermedades Metabólicas
- Antecedentes personales: Factores nutricionales y estilo de vida Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol
- Antecedentes médicos: Cardiovasculares Endrinológicos

Metabólicos Hepatopatías

- Fármacos que recibe
- Drogas de abuso
- Examen físico integral con énfasis en tacto rectal en pacientes mayores de 40 años
- Exámenes preclínicos: Hemograma Perfil renal Perfil hepático Perfil lipídico Acido úrico Examen de orina Prueba de Elisa para VIH Prueba VDRL Antígeno prostático específico (APE) Estudios de imágenes RX de tórax en pacientes con riesgo cardiovascular y pulmonar

Algoritmo atención integral hombre mayor de 40 años



9.8. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA SEGUNDA CONSULTA:

- Evaluación de resultados de estudios preliminares
- Revisión de síntomas, afectación, cumplimiento y resultados del tratamiento.
- Añadir tratamiento adicional o ajustar el tratamiento establecido.
- Si hay alteraciones al tacto rectal y/o del Antígeno Prostático específico, debe ser evaluado por un especialista en el área (ver organigrama)
- Educación y orientación al paciente
- Si hay alteración al tacto rectal o del APE referir al especialista

9.9. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA TERCERA CONSULTA

- Igual a los actividades referidas en la segunda consulta
- Evaluación del Antígeno Prostático Específico

9.10. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL CONTROL ANUAL

- Evaluación de signos y síntomas
- Evaluación de los resultados de los tratamientos indicados
- Evaluación de estudios preclínicos, incluyendo Antígeno Prostático Específico (APE)

Tratamiento

- Corregir enfermedades coexistentes tales como hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias y otras.
- Eliminar factores de riesgo como obesidad, tabaquismo, alcoholismo.
- El personal de equipo de salud garantizará a toda la población masculina estrategias en Información, Educación y Comunicación (IEC) a la hiperplasia prostática y el cáncer de próstata

Debido a la complejidad del tratamiento específico del foco patológico como disfunción eréctil, impotencia, hipertrofia prostática benigna y cáncer de próstata y a los efectos colaterales y adversos que el mismo presenta, a los múltiples factores asociados al paciente (edad, enfermedades coexistentes, hábitos, condición socioeconómica y cultural); el tratamiento debe ser indicado y supervisado por un especialista con experiencia en dicha patología (urólogo, psicólogo, internista, trabajador social, sexólogo).

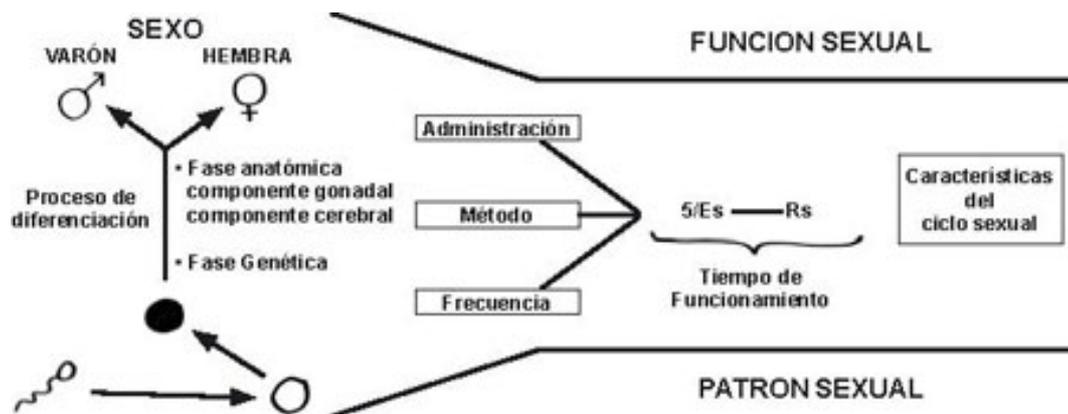
9.11. INDICADORES DE RENDIMIENTO:

- Número de hombres atendidos

- Número de hombres con pesquisa de cáncer próstata/testículos realizado y reportado
- Número de hombres con VIH realizado y reportado
- Número de hombres con estudios de VDRL realizado y reportado
- Número de hombres referidos a servicios especializados en cáncer de próstata/testículos
- Número de hombres referidos a atención psicológica y social
- Número de hombres referidos a programas y proyectos de educación en SSR

X. DISFUNCIONES SEXUALES

La sexualidad puede estar condicionada por las limitaciones físicas, factores psicógenos, la repercusión de enfermedades de diferentes etiologías, drogas y fármacos, las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, factores socioculturales como religión, educación ortodoxa, errores de conceptos, miedos, tabúes, entre otros, que menoscaban la función sexual.



Las disfunciones sexuales se definen como una alteración persistente de la respuesta sexual humana en donde ocurre una suspensión de la variabilidad fisiológica, lo cual impide el funcionamiento, además de aquellas patologías que no se correlacionan con la función sexual. Es de considerar que hombres y mujeres muestran una considerable variación en su función sexual, e incluso en necesidades específicas y ello es válido para prácticamente todas las conductas sexuales desde el autoejercicio hasta los juegos sexuales infantiles, las prácticas coitales, situaciones fisiológicas como el embarazo, la menopausia, andropausia y la orientación sexual.

10.1. FASE GENETICA

A nivel de la fase de diferenciación del sexo, se refiere al factor cromosómico, el cual está constituido por el par cromosómico 23. El cigoto posee 23 pares de cromosomas; 22 de ellos son denominados autosomas, por ser iguales; el par 23 corresponde al par cromosómico del sexo (XY o XX).

10.2. FASE ANATOMICA

A nivel del proceso de diferenciación del sexo, posee dos componentes (gonadal y cerebral).

- **Componente Gonadal:** Comprende como factores fundamentales la secreción de sustancias (hormonales o no) provenientes del testículo u ovario fetal, dichas sustancias provocarán la diferenciación anatómica genital y cerebral. A nivel genital se desarrollarán los genitales externos e internos. A nivel cerebral se desarrollarán en el hipotálamo las estructuras que garantizaran los ritmos biológicos tanto en el hombre como la mujer.
- **Componente Cerebral:** Posee como factor principal estructuras que permitirán la auto aceptación del cuerpo y órganos genitales que se poseen según el sexo al cual se pertenezca. Es importante señalar que una vez culminado el proceso de diferenciación, lo cual ocurre con el nacimiento del nuevo ser, el entorno sociocultural al discriminarlo como hombre o mujer, comenzará el proceso de aprendizaje progresivo de conductas "masculinas" o "femeninas", que varían de país a país y de región a región.
- **FUNCION SEXUAL:** Constituye el conjunto de características conductuales observadas cuando se inicia el proceso de la actividad sexual y la evolución de la respuesta sexual en todas sus fases (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolutive) que conllevan a cambios fisiológicos internos y externos,

generales y específicos del individuo en la ejecución de la misma.

- **Administración del estímulo sexual:** Esta situación es variable, puede ser heterosexual, homosexual, bisexual, etc.
- **Método de la aplicación del estímulo sexual:** Es muy variado, sin embargo, todas las variaciones poseen como denominador común la activación de cualquier órgano de los sentidos, o de la memoria. De allí la diversidad de formas de estimulación descritas.
- **Frecuencia de la situación/estímulo sexual:** Se refiere al número de veces que en un período determinado de tiempo la persona se activa o siente deseo sexual, no queriendo decir con esto que la persona lo lleve a una actividad sexual.
- **Respuesta sexual:** Toda actividad caracterizada por cambios corporales fisiológicos en hombres y mujeres que poseen una secuencia de actividad neuro–hormono–vascular que se dan en un continuum, (excitación, meseta, orgasmo y resolutive).
- **Tiempo de funcionamiento sexual:** Es el intervalo fisiológico que pasa entre el momento en el cual se inicia el proceso de activación sexual hasta que concluye, este varía de individuo a individuo o situación específica. Tomamos como criterio el reporte verbal del individuo, el cual puede ser: “soy muy rápido”, “tardo mucho”, “estoy conforme con mi tiempo”..... Al tratar de aproximarnos a la definición de las patologías o disfunciones en el campo de la sexología, encontramos que esta última es el estudio de los desórdenes en el funcionamiento del proceso de diferenciación del sexo y/o del proceso de activación de la unidad situación/estímulo sexual – respuesta sexual (función sexual)

10.3. CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Primarias:

La que se experimenta desde el inicio de la función sexual.

Secundarias:

Si aparecen posteriores a un período de funcionamiento sexual satisfactorio.

Según su Etiología:

- Psicológica
- Social
- Orgánica
- Mixta

Tratamiento:

La gran variedad de los factores causales y las complejas interacciones que se establecen entre ellos, hace difícil establecer pautas estandarizadas de tratamiento. Sin embargo en una atención integral en un centro de salud se puede llevar a cabo:

- Entrevista con miembro del equipo de salud, capacitado en el área.
- Historia clínica y psicosocial
- Examen físico y psicológico
- Diagnóstico integral
- Laboratorio básico, serológico y específicos según historia personal
- Otros estudios, según diagnóstico.
- Tranquilizar al paciente: Información, orientación y educación
- Según el caso, diagnóstico, motivo de consulta, edad del paciente, se suministrará orientación y educación individual, familiar y de pareja.
- Según el diagnóstico y la etapa del ciclo de vida, coordinación intersectorial, red de calidad de vida, se hará referencia al especialista en el área de sexología en otro nivel de atención.

XI. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER GINECOLÓGICO

11.1. CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

El programa de prevención y control de cáncer cérvico uterino y mamario es el conjunto de recursos organizados y actividades específicas, destinados a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, para lo cual se hace énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones intra epiteliales y en la reducción del cáncer mamario tomando en cuenta los factores de riesgo de esta afección, aplicando los procedimientos necesarios para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta entidad nosológica.

La pesquisa de cáncer de cuello uterino y mama es responsabilidad de todos los niveles de atención pero con especial énfasis en el primer nivel de atención y a través de los integrantes del equipo de salud debe promoverse la detección precoz de estas patologías y realizar campañas educativas que faciliten la participación de la comunidad y de la mujer y en particular en las actividades relacionadas con la prevención y el diagnostico oportuno.

11.1.1. Objetivo general.

Realizar acciones de prevención de cáncer de cuello uterino y mamas, mediante la detección temprana, tratamiento adecuado y referencia oportuna de la paciente con lesiones precancerosas y/o factores de riesgo, para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades.

11.1.2. Disposiciones generales.

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer cérvico uterino y mamario mediante la información, educación y comunicación con participación de la Comunidad y los prestadores de servicio.
- Toma de citología a grupos de riesgo (25-64 años), que participan o no en las consultas de salud sexual y reproductiva.
- La consulta de atención a la mujer, debe convertirse en un puente de comunicación y educación hacia la comunidad, a fin de motivar a la población a riesgo que no cumplen periódicamente sus controles citológicos.

11.1.3. Poblacion objeto.

Para cáncer cérvico uterino, son objeto del programa las mujeres entre 25-64 años. Para cáncer de mama las mujeres con edad mayor de 35 años.

11.1.4. Cobertura.

La Cobertura debe alcanzar el 80% de la población objeto en un periodo de tres (3) años.

11.1.5 Factores de riesgo.

11.1.6 Disposiciones específicas.

- En todo establecimiento de atención integral se debe practicar citología vaginal, el examen clínico de mamas y la enseñanza de la técnica de auto examen mamario.
- En caso de detección de Cáncer Cérvico Uterino y/o Mamario, debe asegurarse el tratamiento médico-quirúrgico y oncológico oportuno y adecuado de acuerdo al nivel de complejidad de cada enfermedad y las posibilidades terapéuticas de cada Centro Hospitalario.
- Las actividades de Educación para la Salud relacionadas con la prevención son de carácter

obligatorio en todos los Establecimientos de Salud de cualquier nivel de atención.

- Para establecer un diagnóstico de Cáncer Uterino, es indispensable la sospecha clínica y la presencia de células malignas en estudios citológicos o imágenes anormales en los estudios colposcópicos, histopatológico del material de biopsia o pieza anatómica.
- Para establecer un diagnóstico de Cáncer Mamario, es necesario el examen clínico y/o radiológico y la confirmación por el estudio histopatológico del tumor.

El Cáncer Cérvico Uterino y Mamario se debe codificar de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades en su Décima Revisión (CIE-10) como sigue:

Cáncer Cérvico Uterino:

Tumor maligno de cuello uterino (C 53.X) Endocérvix (C 53.0) Exocérvix (C 53.1) Parte no especificada (C 53.9) Otros (C 53.8)

Cáncer Mamario:

Tumor maligno de la mama (C 50.X) Pezón y areola mamaria (C 50.0) Carcinoma "In-Situ" de la mama y aparato genital: Mama (D 05.9) Excluye piel de la mama (D 04.5) Cuello del Utero (D06.9)

Aplicacion de tecnologías.

11.1.7. Actividades a realizar para la prevención y control del cáncer cérvico uterino.

- Promover la participación de miembros de la comunidad capacitados para captar y educar a la población de alto riesgo a las consultas preventivas.
- Promover la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino, mediante estrategias alternativas no convencionales dirigidos a la comunidad y al equipo.
- Toma de la muestra para Citología Cérvico Uterina (a nivel de todas las Consultas de Atención Primaria, Preventiva y Curativa), mediante la toma del eso-endocérvix en lámina única tipo pool a las mujeres entre 25 y 64 años (preferiblemente) (mezcla de las 2 muestras en una misma lámina) (ver anexo No. 1)
- Envío de la muestra Citológica de Exo y Endocérvix al Laboratorio de Citopatología, de referencia regional, que se haya asignado para este fin, donde se procesarán las muestras y se enviarán los resultados al Centro respectivo donde fue tomada la muestra.
- Una vez recibidos los resultados, serán clasificados por un miembro del equipo de salud responsable de esta tarea.
- Revisión del reporte Citológico y entrega del Carné Citológico a la usuaria.
- Referencia de las mujeres con resultados citológicos anormales, a la Consulta de Patología Cervical correspondiente.

La nomenclatura a utilizar es la siguiente: Reporte de citología, mediante Sistema de Bethesda:

ASCUS (categoría indeterminada, no diagnóstica de NIC)
LIE de Bajo Grado: que incluye NIC I asociado o no a V.P.H.
LIE de Alto Grado: que incluye NIC II y NIC III.
AGUS
Carcinoma
Adenocarcinoma

Reporte histopatológico, mediante el Sistema de Richart:

NICI - NIC II - NIC III - Carcinoma y Adenocarcinoma

11.1.8. Conducta frente a los diferentes reportes Citológicos

- Sin anomalías durante dos años consecutivos, realizar control trianual (en aquellos centros donde se

puede satisfacer la demanda, deberá realizarse anualmente)

- Insatisfactoria; repetir la toma citológica, a los tres meses; aplicar tratamiento antibiótico oral y/o local, si hay un exudado inflamatorio severo asociado, previo al examen.
- En caso de existir un cérvix clínicamente sospechoso de cáncer invasor, referir a Consulta de Patología Cervical, aunque el resultado citológico sea sin anormalidad.
- Los reportes que informen citologías anormales (LIE de alto grado, Agus y Carcinoma) deberán ser referidas a la Consulta de Patología Cervical

Conducta del médico del Primer Nivel frente a una citología alterada:

- LIE de Bajo Grado (NIC I asociado o no a V.P.H.) y ASCUS, referir a la consulta de patología cervical.
- LIE de Alto Grado y Cáncer Invasor, referir a la Consulta de Patología Cervical, en esta consulta se confirmará el diagnóstico realizando biopsia dirigida por colposcopia.

Conducta del Médico en el Segundo Nivel de Atención:

La biopsia de canal se practicará selectivamente en los siguientes casos:

- Colposcopia no satisfactoria, resultado citológico con anormalidad.
- Lesión que se extiende a canal.
- Citología con anormalidades y con colposcopia normal de exocérvix. En cuanto al manejo terapéutico según el resultado histopatológico la conducta a seguir será:
- NIC I: escisión local.
- NIC II y NIC III: cono con Asa de Radiofrecuencia o cono en frío, el seguimiento dependerá del resultado histopatológico:
- Vértice y márgenes con lesión, se realizará reconización o histerectomía simple según las características de la paciente (paridad, edad, condición física, etc.) Si la mujer menstrúa normalmente se conservarán los ovarios.
- Vértice y márgenes libres de lesión, se realizará control citológico y colposcópico cada 6 meses en el primer año y luego espaciar según la evolución; si al año no hay evidencia de enfermedad, control anual en el primer nivel.
- Cáncer Invasor, estudiar y referir al Tercer Nivel de Atención. Estadio I referir para Cirugía Radical. Estadio II-III-IV referir para Radioterapia. Es importante señalar, la no-suspensión de los métodos anticonceptivos utilizados por la paciente, hasta tanto sea evaluada en la Consulta de Patología Cervical.

Instructivo para obtención de muestra citológica del cérvix, mediante una sola lámina (anexo 1)

Condiciones generales.

- El día del examen la mujer no se hará ducha ni tratamiento vaginal.
- En caso de sangrado, visualizar el cuello uterino, si hay lesión sospechosa referir a Patología Cervical y diferir la citología si hay menstruación. • Colocar el espéculo vaginal humedeciéndolo solo en solución fisiológica o agua limpia si lo requiere.
- No realizar ninguna maniobra vaginal (Tacto, Colposcopia, etc) antes de tomar la muestra.
- Colocar nombre de la paciente con lápiz graso en la zona esmerilada de la lámina.
- La citología insatisfactoria se repetirá después de los tres meses *Llenar la solicitud del examen*, marcando todos los datos requeridos, haciendo énfasis en: la identificación de la paciente y el lugar de procedencia del Ambulatorio, Distrito o Municipio y teléfono. El traslado de las muestras debe hacerse en el término no mayor de 15 días. De preferencia utilizar cajas de cartón.

Muy importante: la toma de citología es el procedimiento imprescindible en el programa de control de cáncer de cuello uterino.

La paciente con alteraciones citológicas para LIE de alto grado o cáncer invasor, debe ser referida a la consulta de patología cervical, mediante una coordinación efectiva que agilice su atención. Las pacientes con LIE de bajo grado deben repetirse la citología al año y si persiste la alteración referir a la consulta de patología

Visualización del cérvix, con espéculo vaginal (no usar lubricantes) *El material exocervical* debe tomarse con una espátula de madera a nivel de la unión escamo columnar o en el borde de la zona periorificial en caso de existir una lesión. Se extiende la muestra sobre el porta objeto limpio hasta lograr un extendido delgado y homogéneo.

La muestra de endocérvix se debe obtener raspándolo mediante un aplicador de algodón o cepillo endocervical. Se extiende sobre la muestra antes obtenida, en la misma lámina. *La muestra obtenida se fija de inmediato*, con el cito-fijador, rociando la lámina desde una distancia de aproximadamente 30 cm; se deja secar como mínimo durante 7 minutos, se introduce en el bolsillo de la hoja de solicitud la cual es doblada sobre si misma, empaquetadas en grupos de 5 ó 10 sujetadas con una banda de goma. *El traslado de las muestras* al laboratorio debe ser en forma frecuente y periódica. De preferencia, utilizar para ello, cajas de cartón en lugar de bolsas plásticas o papel. *La paciente deberá recibir su resultado* en un lapso no mayor de seis (6) semanas. En caso de requerirse una nueva toma de la muestra para precisar diagnóstico, no realizarla antes de 3 meses.

Neoplasia intraepitelial y embarazo

La coexistencia de neoplasia cervical intraepitelial y embarazo plantea algunas consideraciones particulares que es necesario tener en cuenta: Las biopsias dirigidas deben ser tomadas con una pinza de Shubert y bajo visión colposcópica. Esto reduce el riesgo de hemorragia y se obtiene tejido representativo de la lesión.

- Si la biopsia dirigida reporta NIC I, NIC II ó NIC III, se puede diferir el tratamiento hasta el puerperio, permitiendo un parto vaginal.
- La existencia de un NIC o el antecedente de un cono en el embarazo, no contraindica la resolución de parto por vía vaginal.
- En embarazos a término, con microinvasión o invasión temprana, se recomienda que la paciente continúe con el embarazo hasta el término. No se considera que la cesárea sea necesaria y la vía del parto será determinada por el obstetra.

Cáncer invasor y embarazo.

La confirmación histológica de un cáncer invasor del cérvix en una embarazada, requiere el estudio exhaustivo del caso por un grupo de especialistas de diferentes disciplinas, (patólogo, cirujano, oncólogo, radioterapeuta, obstetra, neonatólogo, etc.), que le den un enfoque adecuado en la decisión del plan terapéutico más conveniente para cada circunstancia patológica y cada condición gestacional en particular. En todo caso, para decidir el tratamiento del cáncer invasor en el embarazo se debe tomar en cuenta, entre otros aspectos: el estadio de la enfermedad, la edad gestacional y el deseo de la paciente de continuar su embarazo. En general se recomienda, en caso de un carcinoma invasor y una gestación menor de 24 semanas, iniciar el plan terapéutico. Si la gestación es mayor de 24 semanas se podría inducir la maduración hasta obtener la viabilidad fetal y realizar una cesárea para iniciar el plan terapéutico (radioterapia y/o cirugía, según el caso)

11.1.9. Actividades a realizar para la Prevención y Control del Cáncer de Mamas

- Promover la importancia del diagnóstico precoz del cáncer mamario.
- Reforzar la práctica sistemática de pesquisa mamaria en el nivel I:

Mujeres asintomáticas

- Interrogatorio y categorización del riesgo de acuerdo a los antecedentes.
- Evaluación y refuerzo de la técnica del auto-examen de mamas, según la metodología establecida.
- Examen clínico anual de la glándula mamaria.
- Mamografía previa en mujeres que serán sometidas a terapia hormonal de reemplazo.
- Educación para la Salud.

En caso de pacientes con examen clínico anormal de la glándula mamaria o asintomáticas con alto riesgo, deben referirse al nivel secundario (Nivel II -III), a la consulta de patología mamaria, donde se practicarán estudios especiales.

Cuando referir a la paciente:

- Retracción de la piel o pezón.
- Eritema de la piel que no mejora con tratamiento.
- Ulceración del pezón que no mejora con tratamiento en 2 semanas
- Telorrea o telorragia unilateral espontánea.
- Area irregular asimétrica palpable que persiste luego de la menstruación.

En el segundo nivel se realizará:

- Mamografía basal a los 40 años
- Mamografía cada dos años en mujeres entre 40 a 50 años.
- Mamografía anual después de los 50 años
- Mamografía en toda mujer de alto riesgo y/o con patología mamaria > 35 años.
- El manejo técnico-quirúrgico y oncológico oportuno se hará de acuerdo al nivel de complejidad de la enfermedad y del centro hospitalario.
- Orientación y apoyo psicológico a la usuaria y al grupo familiar.

11.1.10. Actividades de educación para la salud.

Los mensajes educativos deben ser: de fácil comprensión, motivadores y sobre todo que proyecten seguridad y confianza tanto en lo que respecta al diagnóstico como al tratamiento.

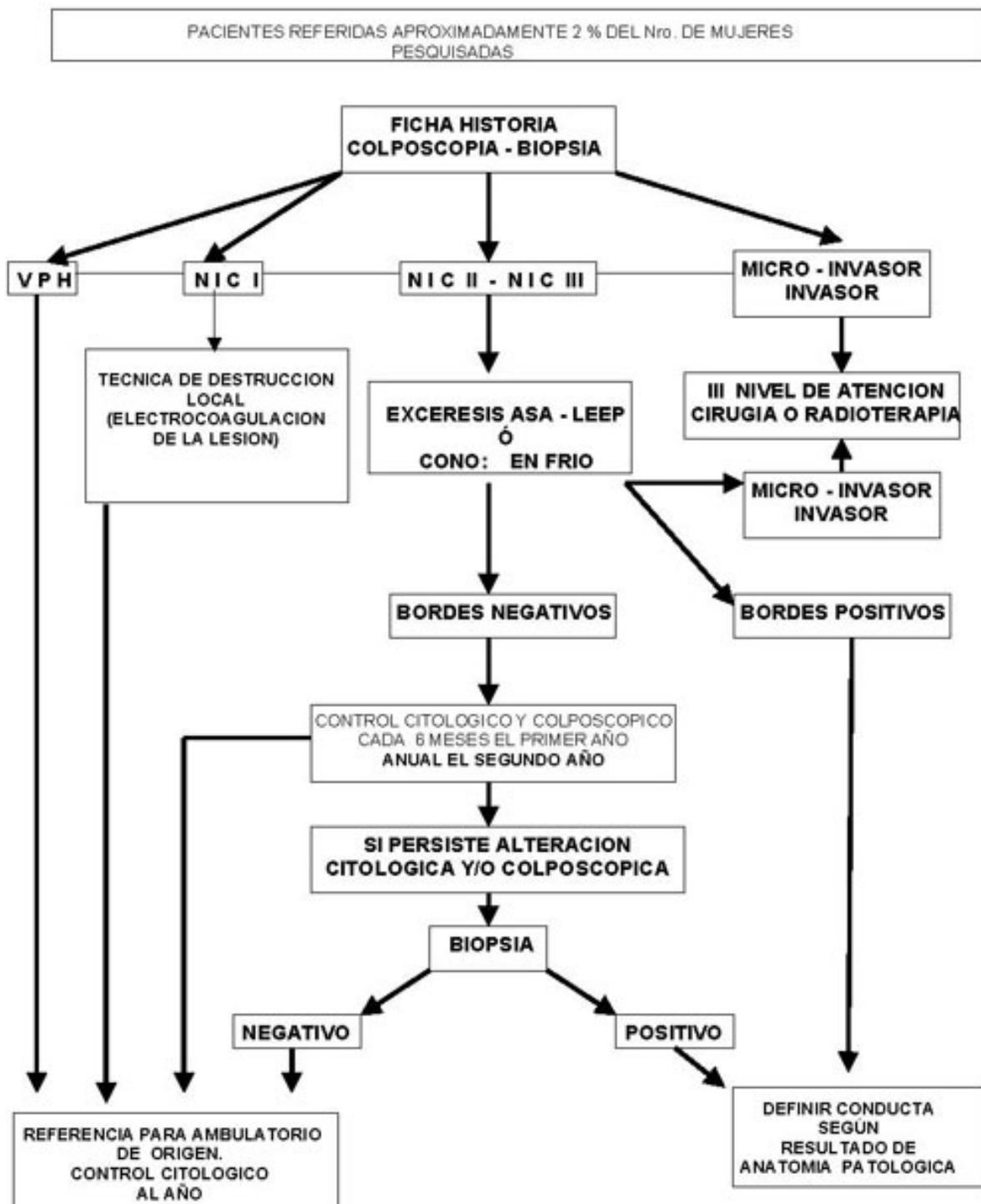
Actividades para la prevención y manejo oportuno del cáncer cérvico uterino

- Desarrollar acciones que permitan dar a conocer y divulgar mensajes que promuevan la salud y la vida.
- Promover encuentros con fines educativos y de motivación para la prevención en: Hogares, Iglesias, Centros de Salud, Casas de la Mujer, Fundaciones Benéficas, Clubes, Centros Educativos, Deportivos u otros sitios donde suelen concentrarse los grupos vecinales.
- Realizar acciones informativas y educativas, a través de medios que faciliten la divulgación como son: la TV, radio, prensa, murales, carteleras, teatro de calle, talleres, entre otros.
- Promover la asistencia a las consultas de pesquisa a nivel de la comunidad.
- Realizar el seguimiento de los casos con citología alterada.
- Promover la toma de citología como un método sencillo, no doloroso, económico, de fácil aplicación, confiable y el único instrumento para descubrir lesiones premalignas, curables en su totalidad.
- Para el desarrollo de estas actividades es fundamental las estrategias de coordinación e integración con las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales existentes a fin de lograr extender la acción educativa y de motivación a toda la comunidad.
- Incentivar a las empresas privadas y a los medios de comunicación a invertir parte de sus recursos publicitarios en mensajes educativos y preventivos en cáncer.

Actividades para la prevención y manejo oportuno del cáncer mamario.

- Introducir modificaciones en la calidad de dieta de las usuarias, comenzando en la adolescencia; disminuir la ingesta de carnes rojas, grasas animales, productos lácteos, alimentos fritos, pastelerías y salsas. Evitar la obesidad y mantener el peso adecuado. Aumentar el consumo de vegetales, cereales y frutas.
- Reforzar con campañas educativas y publicitarias, la práctica rutinaria del auto examen de mamas.
- Descentralizar la pesquisa y centralizar el diagnóstico de acuerdo a los niveles de atención.

DIAGRAMA DE DECISIONES PATOLOGIA CERVICAL



Anexo no 1

CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

DIAGRAMA DE DECISIONES DE LA PRACTICA CITOLOGICA

POBLACION OBJETO MUJERES 25 - 64 AÑOS



*ASCUS: PROBABLEMENTE PREMALIGNAS / MALIGNAS ENVIARLAS A PATOLOGÍA CERVICAL

11.2. CANCER DE ENDOMETRIO Y DE OVARIO

11.2.1. Cancer de endometrio

Factores de riesgo

- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Estados que produzcan hiperestrogenismo

Clínica

- Metrorragia
- Leucorrea
- Dolor

Diagnóstico

- Biopsia de endometrio
- Histeroscopia

Estadíos

- E0: Carcinoma in situ
- E1: Tumor confinado al cuerpo uterino Ia: Histerometría hasta 8 cm Ib: Histerometría mayor de 8 cm G1: adenocarcinoma bien diferenciado G2:adenocarcinoma diferenciado con áreas sólidas G3:

adenocarcinoma indiferenciado

- EI: El adenocarcinoma afecta el cuerpo y el cuello uterino
- EII: El carcinoma se extiende fuera del útero pero sin exceder los límites de la pelvis
- EIV: El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis, invade vejiga y recto.

Tratamiento

- EI: anexohisterectomía total con manguito vaginal, radioterapia externa en caso de invasión del tercio interno de miometrio.
- EII: Intervención de weitheim-meigs, mas radiación pelviana y/o lumboaórtica.
- EIII: Radiaciones pelvianas y lumboaórtica, curieterapia endocavitaria y terapia hormonal.
- EIV: Terapia hormonal y poliquimioterapia.

11.2.2. Cáncer de ovario

Clasificación:

-Primitivos y secundarios

Clínica

- Generalmente asintomático, pero puede presentarse, dolor, astenia y aumento de volumen del abdomen.

Estadíos

- EI. Tumor limitado a los ovarios
 - Ia: Limitado a un ovario sin ascitis
 - Ib: Limitado a ambos ovarios sin ascitis
 - Ic. Tumor limitado a uno o ambos ovarios con ascitis y citología positiva.
- EII: Tumor se desarrolla en uno o ambos ovarios y se extiende a toda la pelvis.
 - Iia: Propagación a las trompas o al útero
 - Iib: Propagación a otros órganos pelvianos
 - Iic: Presencia de ascitis o lavado peritoneal con citología positiva
- EIII Tumor que se desarrolla en uno o ambos ovarios con metástasis intra peritoneales (intestino, mesenterio o epiplón)
- EIV: Tumor que se desarrolla en uno o ambos ovarios con metástasis extraperitoneales

Diagnóstico

- Clínica:
- Criterios de malignidad
 - Bilateralidad
 - Superficie irregular
 - Fijeza del tumor
 - Presencia de nódulos en el fondo de saco de Douglas Ascitis
- Ultrasonido
- Rayos X
- Laparotomía
- Tomografía y Resonancia magnética
- Laboratorio: CA 125, Antígeno carcinoembrionario

TRATAMIENTO

- Quirúrgico
- Radioterapia

- Quimioterapia

11.3. INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Tasa de morbilidad
- Tasa de mortalidad por cáncer cuello uterino
- Tasa de mortalidad por cáncer de glándula mamaria
- Tasa de mortalidad por cáncer endometrio
- Tasa de mortalidad por cáncer de ovarios
- Proporción de NIC III Histológico sobre cáncer invasivo
- Porcentaje de cobertura de la población a riesgo (mujer 25 a 64 años al año)
- Porcentaje de ingreso de nuevas usuarias a la consulta de cáncer ginecológico
- Porcentaje de cumplimiento de meta citológica
- Porcentaje de seguimiento de mujeres con citología alterada, diagnosticadas y tratadas.
- Número de actividades de prevención (difusión) del cáncer ginecológico en las comunidades
- Porcentaje de mujeres referidas al tercer nivel de atención en relación a las examinadas
- Porcentaje de mujeres diagnosticadas y tratadas en relación con el número de mujeres examinadas
- Porcentaje de seguimiento de mujeres con LIE de bajo grado
- Número de mujeres diagnosticadas referidas a salud mental

XII. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y EL VIH/SIDA

Tomando en cuenta la morbilidad resultante de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones impone una mayor demanda en los recursos humanos y económicos. Es por esto que al realizar la evaluación médica integral de las pacientes es importante el diagnóstico de las ITS y el VIH/SIDA para indicar tratamiento de manera oportuna. La aparición del VIH causante del VIH/SIDA, tiene estrecha relación con las ITS ulcerativas que facilitan la transmisión de la infección por VIH; y es por esto que el diagnóstico temprano permite optimizar aún más el seguimiento de estos casos para tomar decisiones en relación al inicio de terapia antirretroviral con lo cual se contribuye a la disminución de infecciones oportunistas y a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

12.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar en la red de atención las normas establecidas para la promoción, prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS.

12.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer y ampliar los conocimientos del personal de salud de la red de atención sobre los factores de riesgo, percepción del mismo en la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS; y se convierta en un promotor del cambio social.
- Garantizar la atención integral del usuario(a) en la red de atención por personal calificado, por etapa del ciclo de vida con enfoque de riesgo, género y de acuerdo al nivel de complejidad.

12.3. ESTRATEGIAS GENERALES

- Implementar un plan de capacitación al personal de salud de los diferentes niveles de atención en manejo del VIH/SIDA, otras ITS, Derechos Humanos, consejería, vigilancia epidemiológica con enfoque de género para convertir al personal de salud en agentes promotores de cambio social.
- Fortalecer los establecimientos de salud con la tecnología adecuada dependiendo de su nivel de complejidad para la atención integral del VIH/SIDA y otras ITS con enfoque de género y ciclo de vida.

Población objeto

Toda la población por edad, sexo, género, etnia o grupo social

Cobertura

Corresponde al 30% de la población total indistintamente de la edad y comprende a la población con criterios epidemiológicos.

12.4. FACTORES DE RIESGO

Toda la población está expuesta a la infección por VIH u otras ITS sin embargo existen comportamientos que colocan a las personas en mayor vulnerabilidad como son:

- Tener múltiples parejas sexuales ya sean heterosexuales u homosexuales
- Tener relaciones sexuales sin protección
- Consumir drogas endovenosas y compartir jeringas.
 - Consumo de otras drogas (alcohol y/o estimulantes) que disminuyen la percepción de riesgo.

12.5. CONDUCTA ANTE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

- Cuando se está ante un/una paciente con una ITS en el primer nivel de atención debe manejarse según pautas de MANEJO SINDROMICO (ver pautas manejo sindrómico de Programa Nacional VIH-SIDA/ITS) para tratamiento y seguimiento en la primera consulta.
- Si existe disponibilidad de servicios clínicos y de laboratorio que brinden seguridad diagnóstica se debe realizar diagnóstico etiológico.
- Dar consejería según pautas del Programa Nacional de VIH-SIDA/ITS
 - Hacer énfasis en: Tratamiento de la pareja sexual. Control de la pareja sexual. Abstinencia sexual durante el tratamiento. Uso correcto del condón con cada relación sexual

Desarrollar capacidad de la mujer para la negociación del uso del condón en la relación de pareja.

Conducta ante una persona que vive con VIH (seropositiva)

- Se debe referir el caso a un servicio especializado si está en el primer nivel de atención. (ver listado de centros de atención y coordinaciones del Programa Nacional de VIH/SIDA-ITS)
- Debe mantenerse la confidencialidad y la no-discriminación como eje primordial de los derechos humanos de las personas que viven con VIH.
- El personal de salud capacitado debe dar consejería para los pacientes con VIH (según pautas del programa nacional de VIH/SIDA).
- Si se sospecha o se diagnostica otra ITS debe tratarse y mantener seguimiento.
- Suministrar condones y orientar sobre el uso correcto del mismo.

Conducta ante un caso VIH/SIDA

- Referir al especialista para evaluación clínica y decidir conducta terapéutica.
- Evaluar de manera individual para brindar la información y los servicios pertinentes a cada caso y determinar si es necesario referirlas a otros servicios (psiquiatría, servicio social, nutrición, asesoría legal etc..)
- Brindar información al paciente en relación con la aparición de síntomas que pueden estar asociados a infecciones oportunistas

Disposiciones generales

La red de atención en salud en los diferentes niveles de atención debe ofrecer: atención integral, promoción de la salud, educación, prevención y diagnóstico de las ITS – VIH/SIDA con enfoque de género.

Actividades del servicio de salud

- Promover el control prenatal temprano.
 - Se debe realizar evaluación integral a la embarazada y seguimientos periódicos
 - Realizar serología para VIH y otras ITS a toda mujer en plan de embarazarse o en control prenatal y a su pareja.
 - Si se desconoce la situación de serología en el momento del parto o postparto de inmediato de debe indicar con carácter urgente la realización de las pruebas (Ver Pautas de Tratamiento Antirretroviral en Venezuela)
 - Se debe ofertar la prueba de VIH a todo paciente con ITS y otros factores de riesgo (usuarios de drogas intravenosas, inhalatorias, u otras con las cuales disminuye el estado de conciencia y control de la voluntad, además a trabajadoras del sexo comercial y hombres que tienen sexo con hombres)
 - Debe ofertarse la prueba de VIH a todas y todos los (as) usuarios (as) del servicio de salud previa consejería y consentimiento escrito del paciente.
-
- Se debe realizar consejería antes de la prueba para la detección del VIH y posterior a ésta por personal capacitado
 - Notificar a la pareja sexual de la embarazada seropositiva y realizar el seguimiento correspondiente asegurando el cumplimiento del tratamiento.
 - Extremar los esfuerzos para encontrar y seguir a la pareja sexual de las embarazadas seropositivas y promover la propia decisión de obtener el tratamiento.
 - Coordinar y cooperar con otros servicios de salud, donde los hombres buscan la atención para resolver este tipo de problemas.
 - Mantener un registro preciso de la detección, notificación y tratamiento de la pareja y reporte de casos.
 - Dar a conocer y educar sobre cómo prevenir la Sífilis y otras ITS incluyendo el VIH.
 - Asegurar la disponibilidad de condones.
 - Establecer e implementar un sistema logístico para el abastecimiento de insumos y equipos.

Actividades comunitarias

- Asegurar la supervisión adecuada del personal que desarrolla actividades relacionadas con ITS/VIH-SIDA en la comunidad.
- Promover el control prenatal temprano.
- Dar a conocer la importancia de la detección, el diagnóstico y el tratamiento del VIH-SIDA en los servicios de control prenatal.
- Ofrecer consejería a la mujer embarazada y su pareja.
- Promover la prevención de las infecciones de transmisión sexual en la población masculina.
- Informar a la comunidad sobre los logros con relación a la disminución de la prevalencia y la mejora en los resultados del embarazo.
- Crear conciencia y proveer educación a la comunidad sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Fortalecer los vínculos entre los servicios de salud y la comunidad para el desarrollo de estrategias para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Establecer las redes entre los (as) trabajadores (as) de salud y la comunidad.

En la mujer embarazada VIH positiva, es conveniente realizar control prenatal estricto a fin de detectar, y tratar infecciones oportunistas asociadas además de conocer su situación inmunológica y virológica (ver pautas de tratamiento programa nacional de VIH/SIDA en Venezuela)

La cesárea programada ha sido un tema muy controversial; sin embargo la cesárea electiva, está altamente recomendada en pacientes con carga viral plasmática (CVP) > 1000 copias/ml, pacientes sin tratamiento y pacientes cuyo diagnóstico se establece muy cercano al parto. Debe ser realizada a las 38 semanas y discutir con la paciente el riesgo quirúrgico, anestésico e infeccioso que el procedimiento acarrea. (ver pautas de tratamiento del programa nacional de VIH/SIDA). Contraindicar la lactancia materna por incrementar el riesgo de transmisión (ver pautas de tratamiento del programa nacional de VIH/SIDA). Las ITS se consideran una emergencia, en caso de diagnosticar sífilis en la embarazada debe tratarse y realizar seguimiento periódico. El diagnóstico de un caso de sífilis u otras ITS supone una investigación clínica y

epidemiológica del grupo familiar; según la normativa vigente respetando la confidencialidad y derechos humanos. El tratamiento de la madre infectada durante los primeros 4 meses de embarazo suele evitar el desarrollo de la sífilis congénita en el feto, mientras que cuando el tratamiento se administra en etapas más tardías de la gestación por lo general se elimina la infección pero no siempre se protege al feto. Toda mujer embarazada con infección por virus de papiloma humano o lesiones de condiloma acuminado tiene indicación de cesarea siempre y cuando no llegue en expulsivo. En caso de sospechar Sífilis Congénita, se deben agilizar los métodos de laboratorio para el diagnóstico, con el fin de aplicar rápidamente el tratamiento. Se recomienda serología (V.D.R.L.) mensual (por 3 meses consecutivos), clínica y estudio radiológico de huesos largos. Los niños provenientes de madres sífilíticas tratadas, deben ser controlados clínica y serológicamente durante tres (3) meses por lo menos. No se considera que la reactividad serológica al momento de nacer, o del primer mes, sea fiel indicadora de infección sífilítica activa, a no ser que esté acompañada de la correspondiente sintomatología, ya que puede tratarse de una simple transferencia pasiva de reagentinas. En caso de Sífilis prenatal tratada, la conducta a seguir en embarazos subsiguientes, será el control serológico periódico sin nuevo tratamiento. La aplicación de éste, solo se justificará:

- Ante la duda de que la terapéutica haya sido debidamente cumplida.
- Ante la recaída serológica (ascenso persistente en los títulos serológicos)
- Ante una reinfección.

En última instancia, es el médico tratante quien determinará la conducta a seguir. Queda a su criterio tratarla nuevamente si sospecha que la prenatal no tendrá un control mensual de serología.

Como evitar los accidentes laborales.

Todo personal que se desempeñe en los establecimientos de salud, debe observar las PRECAUCIONES UNIVERSALES, que consisten en:

- Lavar siempre las manos antes y después de tener contacto con cualquier paciente.
- Usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo.
- Usar bata, delantales o ropa impermeable, cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo.
- Usar máscara o lentes, siempre que exista la posibilidad de salpicaduras.
- Desechar agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con algún desinfectante.
- Nunca recolocar el capuchón de la aguja.
- Después de limpiar minuciosamente el instrumental, esterilizarlo o desinfectarlo. No desinfectar agujas ni jeringas (desecharlas). En instrumentos punzantes o cortantes, usar la desinfección química como último recurso.
- Limpiar las superficies potencialmente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada.
- Colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derramamiento de líquidos.

Que hacer en caso de exposición al VIH

En caso de exposición al VIH del personal de salud o por quienes cuidan a personas con VIH o VIH/SIDA al tener contacto con sangre por pinchamiento, cortadura, salpicadura en piel con heridas o mucosas se realizarán las siguientes acciones:

- Suspender la actividad.
- Exprimir la herida para que sangre.
- Lavar con abundante agua y jabón.
- Acudir al servicio hospitalario más cercano (ver listado de centros de atención y coordinaciones del Programa Nacional de VIH/SIDA-ITS)
- Denunciar el accidente post exposición laboral, como también en caso de violación.
- Tomar muestra sanguínea basal para detectar anticuerpos contra el VIH y demostrar que la persona era negativa antes del incidente.
- Establecer medidas para determinar si el paciente accidentado está infectado por el VIH.

- Recomendar que se eviten relaciones sexuales sin uso de preservativo (CONDON), hasta que se demuestre que no hubo seroconversión.
- Debe ser tratado según pauta de tratamiento del programa nacional de VIH/SIDA (ver pautas).
- Tomar muestra de seguimiento a los tres, seis y doce meses, si alguna resulta positiva, considerarlo como infección ocupacional.

12.6. INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Número de embarazadas con “ELISA” positivo confirmados con Western Bloth
- Número de embarazadas con prueba “ELISA” realizada y positiva
- Número de embarazadas disgnosticadas con ITS-VIH-SIDA
- Número de embarazadas infectadas con ITS-VIH-SIDA referidas a otro nivel y/o centro de atención
- Número de embarazadas infectadas con VIH-SIDA que reciben atención

integral según la normativa oficial

- Número de mujeres en período post parto infectadas con VIH-SIDA que reciben tratamiento y atención integral según normativa oficial
- Número de recién nacidos infectados por transmisión vertical VIH-SIDA
- Número de hombres diagnosticados con ITS-VIH-SIDA
- Número de hombres diagnosticados con VIH-SIDA que reciben tratamiento y atención integral según normativa oficial
- Tasa de morbilidad por ITS-VIH-SIDA
- Tasa de mortalidad por ITS-VIH-SIDA
- Otros indicadores reglamentados por la Norma del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA del MSDS

XIII. VIOLENCIA DOMÉSTICA, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

13.1. ASPECTOS JURÍDICOS

En Venezuela los delitos sexuales están penalizados legalmente, de acuerdo con lo establecido en el Código Penal, que data de 1926. Estos delitos son ubicados en el título “Contra las buenas costumbres y el buen orden de las familias”, protegiéndose fundamentalmente los valores morales y es por eso que no están ubicados en el grupo de los “Delitos contra las personas”.

Dentro del marco jurídico nacional se cuenta con la Ley de Protección al Niño y al Adolescente (LOPNA) Las “Directrices Generales para Garantizar la Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes contra el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial” del CNDNA (nov. 2003) La ley sobre la violencia contra la mujer y la familia, establece tanto las instancias que pueden recibir la denuncia como la penalización que corresponde al profesional de la salud que no denuncie los casos que atienda por violencia (esto es igualmente válido para los casos de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes)

Artículo 23: Omisión de aviso. Los profesionales de la salud que atiendan a las víctimas de los hechos de violencia previstos en esta ley, deberán dar aviso a cualquiera de los organismos indicados en el artículo 32 de esta Ley, en el término de las veinticuatro (24) horas siguientes. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con el monto de veinticinco unidades tributarias (25 UT) a cuarenta unidades tributarias (40 UT) por el Tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa, de conformidad con la gravedad de los hechos y la reincidencia en el incumplimiento de esta obligación.

Artículo 32. Organos receptores de denuncia. La denuncia a que se refiere el artículo anterior podrá ser formulada en forma oral o escrita, con la asistencia de abogado o sin ella ante cualquiera de los siguientes organismos:

1. Juzgados de Paz y de Familia;
2. Juzgados de Primera Instancia en lo Penal;

3. Prefecturas y Jefaturas Civiles;
4. Organos de Policía;
5. Ministerio Público; y
6. Cualquier otro que se le atribuya esta competencia. En cada una de las prefecturas y jefaturas civiles del país se creará una oficina especializada en la recepción de denuncias de los hechos de violencia a que se refiere esta Ley.

13.2. PROCEDIMIENTO GENERAL EN CUALQUIER CASO DE VIOLENCIA SEXUAL

La violación es un atentado contra la vida en un sentido integral. Destruye la autoestima y la seguridad personal; es un sometimiento humillante y una vivencia de terror que produce daños físicos y psicológicos, es un recuerdo torturante que vulnera la libertad individual, al considerar la persona como una cosa sin voluntad y sin sentimientos. En la violación se manejan sentimientos como: miedo a las amenazas, a la culpa, ansiedad, temblores, pesadillas, vergüenza, desconcierto y rabia.

La víctima necesita apoyo calmado, tranquilo y firme. Necesita ayuda para restaurar su dignidad y respeto propio. No debe sentir vergüenza ni culpa. Necesita comprender que lo ocurrido fue una agresión contra todo su ser, que debe incorporar a su vida esta difícil experiencia y continuar con su vida. Reprimir la experiencia puede ocasionar mucho daño. Debe estarse preparado para conversar con la víctima el tiempo que sea necesario.

La respuesta a cada incidente de violencia sexual incluirá:

Protección:

Inmediatamente después de un incidente de violencia sexual, la seguridad física de la persona agredida debe ser garantizada. Todas las acciones deben ser guiadas por el bien de los intereses de la persona agredida y sus deseos deben ser respetados en todo momento. Siempre que sea posible su identidad debe ser mantenida en secreto y la información por ella suministrada debe ser manejada con confidencialidad. Los trabajadores de salud deben ofrecer toda la privacidad que necesite, posiblemente desee que una persona cercana, familiar o no, le acompañe en todo el proceso. No debe ser presionada a hablar, tampoco debe dejarse sola por largos periodos de tiempo. Si el incidente ocurrió recientemente puede que se requiera asistencia médica. En ese caso la persona debe ser acompañada al Centro de salud apropiado. También puede ser necesario contactar a la policía si la persona así lo decide.

Atención Médica:

Los elementos más importantes de una respuesta médica a un acto de violencia sexual son los descritos a continuación:

- Es recomendable asegurar que personal de salud de su mismo sexo esté presente en cada examen médico y brindarle confianza, privacidad y confidencialidad.
- Realizar un examen físico y una historia médica completa.
- Realizar prueba de embarazo, sífilis, VIH e indicar el tratamiento que sea necesario. Si la prueba de VIH es negativa ésta se debe repetir a las 4 semanas, luego a los tres meses y después a los 6 meses.
- Proveer consejería y contracepción de emergencia con el consentimiento informado.
- Brindar atención médica de control.

Ayuda Psicológica

Las personas objeto de violencia sexual comúnmente sienten miedo, culpa, vergüenza y rabia. Ellos y ellas pueden adoptar mecanismos de defensa como es el caso de olvidar, negar y reprimir los eventos ocurridos. Las principales reacciones pueden variar desde una pequeña depresión, ansiedad, fobia, hasta llegar a serias y crónicas condiciones mentales. Las reacciones mas extremas a un acto de violencia sexual pueden llegar a resultar en suicidio y en el caso de embarazos puede resultar en abandono físico del niño o en atentar contra la vida de éste.

La ayuda psicológica se suministra desde el primer momento y estará orientada a ayudar a la persona en lo siguiente:

- Tratar de entender lo que han experimentado las víctimas.

- A superar el sentimiento de culpa.
- Estimularla para que exteriorice su rabia.
- Ayudarla a entender que ella no es responsable del ataque.
- Hacerles sentir que no están solas en esto.
- Ofrecerles información sobre grupos de ayuda y otros servicios

13.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN EL CASO DE VIOLACION SEXUAL

Aún cuando cualquier persona puede ser sujeto de este delito, las víctimas más frecuentes son mujeres, niñas y niños. La violación es una de las mayores agresiones que puede sufrir una persona, es un acto de violencia y humillación. La mayoría de las veces los violadores son hombres conocidos o familiares y la violación ocurre en la casa, en el trabajo, en el colegio o en tu propio barrio. Otras veces puede ser un desconocido y ataca en la calle.

Recomendaciones al equipo de salud para la atención de la víctima de violación:

La violación es un delito y nunca es culpa de la víctima.

- Trate de tranquilizarse, recuerde que la asustada es la persona violada.
 - Lo primero es escuchar a la persona y comprenderla, hacerla sentir protegida, querida, acompañada y ayudada.
 - Pregúntele si quiere hacer la denuncia. Escúchela si desea hablar o respete su silencio, pero acompañela. Es importante denunciar, para ella misma y para otras personas en la misma situación, pero es necesario saber que es un trámite desagradable y es posible que en algún momento no la traten bien o resulte incómodo el proceso.
 - Aunque la denuncia por parte de la víctima es su decisión, el profesional de la salud está obligado/a a denunciar los casos de violencia sexual que atiende.
 - La denuncia debe presentarse a la Comisaría del Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (CICPC) más cercano al lugar del hecho, lo más pronto posible, y siempre ANTES DE 48 HORAS de cometida la violación. Allí debe pedirse un oficio de remisión urgente para la División de Medicina Legal, donde practicarán un reconocimiento médico ginecológico. Si esto no es posible, el personal de atención debe informar a la persona víctima de violación las siguientes precauciones, necesarias para la denuncia:
 - No lavarse, ni cambiarse la ropa.
 - No darse duchas vaginales, ni aplicarse medicamentos.
 - Tratar de recordar todo lo posible el aspecto del violador.
 - Dejar muy claro, en todo momento, que fue obligada.
 - No dejarse asustar ni permitir dudas sobre este punto.

13.4. MANEJO DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

13.4.1. Señales de abuso sexual en los niños y niñas:

- Frecuentemente aislamiento, miedos y temores inexplicables hacia ciertas personas y/o situaciones, solicitud de protección, desconfianza de sí mismo.
- Cambios de conducta: intranquilidad, irritabilidad, desatención, llanto excesivo, incapacidad para controlar esfínteres, desinterés, agresividad, robo, fugas y consumo de alcohol y/o drogas, regresiones, baja autoestima, ausencia de cariño.
- Trastornos del sueño: pesadillas, terror nocturno, sueño alterado, insomnio.
- Conocimiento detallado e inusual sobre actividades sexuales generalmente desconocidas para los niños y niñas y más típicas de la conducta sexual adulta
- En el caso de niñas mayores presencia de un embarazo.
- Picazón y/o flujos vaginales o rectales, hemorragia por vagina o recto, dificultad para caminar o sentarse, inflamación o infección de los genitales.

- Ropa interior manchada o rota, hematomas en el cuerpo, especialmente en los genitales.
- Pérdida del apetito y/o trastornos alimentarios.
- Problemas escolares, problemas de comunicación

13.4.2 Recomendaciones al equipo de salud para la atención de la víctima de abuso sexual:

- Evitar reacciones impulsivas de rabia, dolor, repulsión o sorpresa. Es importante procurar mantener la calma para no asustar aún más al niño/a o al adulto/a que requiere la ayuda y mantener su confianza en el personal de atención. No demuestre rabia o vergüenza.
- Escuchar al niño o niña (o al adulto/a que requiere los servicios), sin juzgarle o poner en duda su relato. Los niños y niñas no inventan historias sexuales con adultos. No lo presione.
- Responder a las preguntas del niño o niña así como la de sus padres, madres y familiares, aclarar las dudas y ofrecer seguridad y afecto en un marco de discreción y confidencialidad.
- Dar o referir para atención médica y realizar un examen completo. Ese examen debe incluir el despistaje de ITS-VIH/SIDA, lesiones en el recto o la vagina y diagnóstico de embarazo (en caso de adolescentes) Prepárelo para esta ayuda, explíquele que tiene que hablar con otras personas sobre lo sucedido.
- Referir a servicios de atención y apoyo psicológico tanto al niño como a la familia.
- Informar sobre los recursos disponibles en la localidad para la asesoría legal.
- Denunciar el hecho ante las autoridades y los organismos competentes.

13.4.3. Recomendaciones para la prevención del abuso sexual infantil y juvenil:

- Promover el establecimiento de normas de seguridad para la atención y vigilancia de los niños.
- Promover la participación de adultos/as y adolescentes de la comunidad en la realización de actividades dirigidas a las niñas/os.
- Difundir información sobre las penas establecidas tanto para los delitos de abuso sexual de niños y adolescentes como los de violencia sexual en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente y la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia.
- Promover la realización de actividades educativas y lúdicas con los niños, con información sobre educación sexual, prevención del abuso y la violencia sexual, diferencia entre gestos de cariño y una caricia sexual, situaciones de posible peligro, explicarles sus derechos.
- Informar a padres, madres y familiares sobre las características y manifestaciones del abuso sexual en niños / as y adolescentes, así como recomendaciones para la prevención y atención de este tipo de violencia sexual.
- Mantener una relación cordial y abierta con la comunidad, de modo que se cree una relación de confianza que permita la solicitud de ayuda y la denuncia cuando ocurran casos de abuso sexual infantil y juvenil. (ver anexo)

13.5. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR

No identificar la violencia hacia la mujer y la familia, interfiere con una atención integral, mientras su identificación temprana no sólo previene y reduce el sufrimiento de la víctima, sino que también reduce riesgos en la salud reproductiva. Esto es debido a que es causa frecuente de embarazos no planificados, aborto provocado, ITS incluido el VIH/SIDA y afecta la capacidad de la mujer para el uso correcto de anticonceptivos e incrementa el riesgo para la salud de la madre, el feto y las / los niños (as) y los y las adolescentes.

La violencia doméstica e intrafamiliar es una práctica aprendida, consciente y orientada, resultado de la desigualdad social, entre mujeres y hombres, donde los hombres generalmente ejercen el poder a través de la violencia física, psicológica y sexual, es una forma de subordinación y dominación basada en el género y la edad. También los insultos y desvalorización, la prohibición de realización personal, la irresponsabilidad masculina en el trabajo doméstico constituyen formas de violencia.

Las mujeres o parejas que sobreviven al maltrato y permanecen en la relación no son cobardes, como piensan muchas personas. Tiene que ser fuerte y valiente para resistir todo ello. Necesitan recuperar su autoestima perdida o que nunca han tenido, para protegerse y empoderarse de sus derechos. Ayudarlas a buscar apoyo en organizaciones que entiendan

y atiendan esta problemática sin cuestionamientos o prejuicios, es el primer paso a su recuperación. (ver "Atención de la violencia intrafamiliar y sexual" Tema 6.7, Capítulo 6, Tomo II de la presente Norma)

13.6. INDICADORES DE RENDIMIENTO

-Número de niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres con signos de violencia atendidos y reportados

- Número de niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres con signos de abuso sexual atendidos y reportados
- Número de mujeres embarazadas con signos de violencia atendidas y reportadas
- Número de mujeres embarazadas con signos de abuso sexual atendidas y reportadas
- Número de víctimas de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual que recibieron atención integral
- Número de víctimas de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual referidas a otros organismos
- Número de víctimas de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual referidas a programas de rehabilitación
- Número de victimarios de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual referidos a programas de rehabilitación y a otros organismos competentes

GLOSARIO

ABORTO. Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o menos de 20 semanas de gestación. No viable.

ABORTO SEPTICO. Un aborto sea provocado o espontáneo, donde los productos de concepción y/o el útero están infectados.

ABUSO SEXUAL: Es todo acto violento o no, realizado por una persona de cualquier edad que usa su poder sobre una persona, generalmente una niña, niño o adolescente para someterla, seducirla, utilizarla o sobornarla para satisfacerse sexualmente. La víctima participa a través de exhibicionismo, exposición, pornografía, seducción, manipulación, frotamiento de sus genitales, penetración de objetos a partes del cuerpo (pene, dedos) en la boca, ano, vagina, masturbación, maniobras coercitivas...

ALOJAMIENTO CONJUNTO Ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

AMENORREA. Ausencia de la Menstruación por más de 90 días.

AMENORREA POR LACTANCIA. Es una condición natural de la mujer en el puerperio, durante la cual el riesgo de embarazo está disminuido. Se limita a los primeros cuatro (4) meses después del parto, siempre y cuando se practique la lactancia en forma exclusiva y frecuente.

ANTIRRETROVIRALES (ARV): Medicamentos que actúan controlando la reproducción del virus de inmunodeficiencia humana, retardando la destrucción de los linfocitos y la aparición de infecciones oportunistas.

AGUS. Cambios celulares que están mas allá que los encontrados en procesos reactivos benignos, pero que son insuficientes para el diagnostico de adenocarcinoma invasor.

ASCUS. Cambios celulares que exceden a aquellos atribuibles a lesiones o procesos reactivos benignos, pero que son insuficientes para definir un diagnostico de lesión intraepitelial escamosa (LIE)

CALIDAD DE LA ATENCION Secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados)

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención en los Servicios de Planificación Familiar. La calidad de los Servicios de Planificación Familiar incluyen seis (6) elementos:

- Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
- Información que se proporciona a las usuarias.
- Competencia técnica de los prestadores de servicios.
- Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y las usuarias.
- Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos.
- Conjunto apropiado de Servicios de Salud que incluyan los de Planificación Familiar.

CALIDEZ EN LA ATENCION. El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario/a del servicio.

CAMBIADA A OTRO METODO. Usuaria que por razones médicas o a solicitud propia se le cambia el método anticonceptivo que usaba por otro diferente. No se considera cambio de método cuando por ejemplo se extrae un Lippes y se inserta otro, pero si se considera "cambio" cuando se extrae un Lippes y se le coloca un DIU con cobre o se indica píldora o condón, etc.

CICLO MENSTRUAL. Período de 28 + 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

CLIMATERIO (PERIMENOPAUSIA)• Incluye el período previo a la menopausia (cuando comienzan a aparecer los parámetros endocrinológicos, biológicos y clínicos que aparecen en la menopausia), hasta un año después de la menopausia. Algunos autores la definen como el período que comprende las etapas premenopausia-menopausia-postmenopausia.

CLINICA. Sesión horaria dedicada por el médico para asistencia de usuarias (os) o pacientes de los Servicio de Salud Reproductiva. Se pueden realizar una o más clínicas diarias. (Ejemplo: de un médico de la mañana y otro en la tarde) Las clínicas pueden durar 1,2,3 ó más horas en casos especiales.

CLOASMA. Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

COMPLICACIONES DE METODO. Es un suceso que puede ocurrir a cualquier usuaria por el uso indebido o por aparición de efectos secundarios relacionados con el uso del método anticonceptivo.

COMUNICACION. Proceso planificado de motivación para que nuestra audiencia adopte nuevas actitudes o comportamientos, se basa en las necesidades, creencias y prácticas de los individuos. Va desde la comunicación interpersonal al uso de combinaciones estratégicas de medios masivos, pasando por la comunicación mixta (medios y foros por ejemplo), la producción y distribución de materiales, las comunicaciones tradicionales etc.

CONSULTA. Es el acto médico que se realiza a cada usuaria (o) en el Servicio de Salud Reproductiva.

CONSULTAS SUCESIVAS. Es la atención que se ofrece a las usuarias que asisten después de una atención previa en el Servicio. Ej. Control de método, cam-bios de métodos, complicaciones, referencias y otros. **CONTRAINDICACIONES.** Es la situación de riesgo a la salud por lo cual no se debe administrar, aplicar o practicar algún procedimiento.

DE ACUERDO AL PESO CORPORAL AL NACIMIENTO Y LA EDAD GESTACIONAL EL RECIEN NACIDO SE CLASIFICA EN:

- De Bajo Peso (Hipotrófico. Cuando el peso resulta inferior del percentil 10 en la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.)
- De Peso Adecuado (Eutrófico. Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 en la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- De Peso Alto (Hipertrófico. Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.)

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL EL RECIEN NACIDO SE CLASIFICA EN:

- Recién Nacido a Término. Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2.500 gramos o más.
- Recién nacido con bajo peso. Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional.
- Recién Nacido Inmaduro. Producto de la concepción de 20 a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1.000 gramos. • Recién nacido postérmino. Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido prematuro. Producto de la concepción de 28 a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1.000 gramos a menos de 2.500 gramos.
- Recién Nacido Pretérmino. Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

DISTOCIA. Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Posibilidad cierta de las usuarias para obtener los métodos anticonceptivos en las Instituciones de Salud o para adquirirlos en las farmacias.

EDAD FERTIL O REPRODUCTIVA. Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

EDAD GESTACIONAL. Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

EDUCACION. Facilitar el aprendizaje necesario a una audiencia para la toma de decisiones racionales, informadas y para el cambio de comportamiento. Requiere una organización como soporte: organizaciones sociales, cooperativas, sindicatos, sistemas de educación continua, programas de alfabetización e inclusive el sistema educativo formal.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA. Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.

EL PARTO EN FUNCION DE LA EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO SE CLASIFICA EN:

- Parto con Producto a Postérmino. Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.
- Parto con Producto a Término. Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto con Producto Inmaduro. Expulsión del producto del organismo materno de 20 semanas a 27 semanas.
- Parto con Producto Prematuro. expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

PUERPERIO NORMAL. es el período de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento hasta que las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo al embarazo. Se acepta que tiene una duración de 45 días (6 semanas) posteriores al alumbramiento.

PUERPERIO INMEDIATO: corresponde a las primeras 24 horas del período post parto.

PUERPERIO MEDIATO: (propiamente dicho) se extiende hasta el final de la primera semana del período post parto. De 24 horas a 7 días posterior al parto

PUERPERIO TARDIO: se extiende hasta la sexta semana del período post parto.

PARTO PRETERMINO. Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

ELISA. Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas (Enzymelinked immunosorbent assay)

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los riesgos para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

EMBARAZO NORMAL. Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término sin complicaciones.

EMERGENCIA OBSTETRICA. Es toda complicación que afecta la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/o muerte para la madre, feto y recién nacido o ambos.

ENDOMETRITIS. Es el proceso infeccioso más común y el que habitualmente da origen a formas propagadas, aunque por lo general localizado en el endometrio. Los gérmenes al focalizarse, se cultivan primero en el lecho placentario donde se produce la reacción inflamatoria y luego la infección se propaga al resto de la cavidad uterina.

EUTOCIA. Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO. Es un suceso que puede producirse en toda persona que utilizando un método suministrado por el Servicio, se embaraza.

HEMORRAGIA POST-PARTO. La Hemorragia post-parto es la pérdida de 500 cc o más de sangre, después del nacimiento del bebé. Sus causas son atonía uterina, trauma cérvico vaginal, ruptura uterina, separación parcial de la placenta y retención de restos placentarios.

HEMORRAGIA VAGINAL ANTES DE LA 28 SEMANA DE GESTACION. Es la Hemorragia del sistema reproductivo durante el embarazo antes de la 28 semana.

HIPOTIROIDISMO CONGENITO. Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroidea con disminución permanente en su función y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

HORAS / MEDICO. Son las horas médico dedicadas a la atención de las usuarias.

INFECCIONES OPORTUNISTAS: son aquellas causadas por bacterias, hongos, virus o parásitos. Y cuando falla el sistema inmunológico, como en el caso del VIH/SIDA estos agentes se manifiestan produciendo enfermedades.

INFORMACION. Generación y difusión de hechos y temas para crear conciencia sobre el problema a resolver entre las personas que toman decisiones y opinan al respecto. Busca posicionar el problema incorporándolo a la Agenda Pública y a la demanda / oferta política para promover políticas, liderazgo y asignación de recursos.

INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC.). Conjuntos de intervenciones planificadas que combinan procesos de Información, Educación y Comunicación como componentes de un Programa/proyecto, para lograr un cambio de actitud y un comportamiento medible en una audiencia específica cuyas necesidades y percepciones han sido estudiadas.

LACTANCIA MATERNA. Alimentación del niño con leche de la madre.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

LACTANCIA MATERNA MIXTA. Alimentación proporcionada al niño basado en leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

LIQUIDOS DE ALTO RIESGO. Sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo, semen y secreciones vaginales.

MALA PRESENTACION. Existencia de cualquier presentación que no sea la cefálica: hombros, frente, podálica, cara. Es factor de riesgo de muerte, trauma y asfixia fetal, muerte materna. Son factores predisponentes la prematuridad, desproporción cefalopélvica, anormalidad fetal, útero anormal. La placenta previa y el abdomen flácido predisponen a la presentación de hombros y podálica.

MANEJO DE LA LABOR DE TRABAJO DE PARTO. El diagnóstico se establece cuando la paciente consulta por

contracciones uterinas, se le encuentra el cérvix borrado y con dilatación, o bien con contracciones uterinas y ruptura de membranas o “señas”. Este es el momento clínico más importante de la labor. Las contracciones de labor producen Borramiento y dilatación del cérvix.

MENOPAUSIA. Constituye el “cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica” (OMS) Su momento de manifestación se establece retrospectivamente, al cabo de un año de existencia de amenorrea

MORTINATO. Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardíacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

MUERTE MATERNA. Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, producida por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales; puede ser directa o indirecta.

NACIMIENTO. Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto como para los que nacen vivos como para los mortinatos.

NUEVAS USUARIAS. Es aquella persona que acude por primera vez a un Servicio de Planificación Familiar en busca de un método anticonceptivo, o aquella que se estaba planificando en otra institución pública o privada o por auto prescripción, ingresa al Servicio.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION. Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

MISION DE AVISO La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia establece en su Artículo 23 que los profesionales de la salud que atiendan a las víctimas de los hechos de violencia previstos en esta ley, deberán dar aviso a cualquiera de los organismos indicados en el artículo 32 de esta Ley, en el término de las veinticuatro (24) horas siguientes. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con el monto de veinticinco unidades tributarias (25 UT.) a cuarenta unidades tributarias (40 UT.) por el Tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa, de conformidad con la gravedad de los hechos y la reincidencia en el incumplimiento de esta obligación.

ORGANOS RECEPTORES DE DENUNCIA: Según el Artículo 32 de la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia la denuncia a que se refiere el artículo anterior podrá ser formulada en forma oral o escrita, con la asistencia de abogado o sin ella ante cualquiera de los siguientes organismos: Juzgados de Paz y de Familia, Juzgados de Primera Instancia en lo Penal, Prefecturas y Jefaturas Civiles, Organos de Policía, Ministerio Público y cualquier otro que se le atribuya esta competencia.

En cada una de las prefecturas y jefaturas civiles del país se creará una oficina especializada en la recepción de denuncias de los hechos de violencia a que se refiere esta Ley.

PARTO. Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

PERDIDA DE SEGUIMIENTO. Usuaría que no concurre para el control al Servicio de Planificación Familiar, SPF durante el período de prórroga correspondiente, no se ha tenido conocimiento que se esté controlando en otro SPF (referencia), ni se le ha egresado por cese. Su historia y tarjeta pasan al archivo “pasivo”.

PLANIFICACION FAMILIAR. Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

POSTMENOPAUSICA. “Se refiere al período que comienza con la menopausia, pero que no puede ser determinado hasta después de un lapso de doce (12) meses de amenorrea espontánea (OMS)

PRACTICAS DE ALTO RIESGO. Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan secreciones potencialmente infectantes.

PRACTICAS SEXUALES DE ALTO RIESGO. Actividades en las que existe penetración pene-vagina o pene-ano, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

PRECAUCIONES UNIVERSALES. Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.

PRE-ECLAMPSIA. Es cuando la mujer embarazada presenta hipertensión arterial, con Proteinuria. Frecuentemente presenta edema. Ocurre después de la 20ª semana de gestación.

PRIMERAS CONSULTAS. Son aquellas que se dedican a la atención de usuarias (os) que acuden por primera vez a un Servicio de Salud Reproductiva, también se consideran de Primera Consulta a las personas recibidas de otros Servicios o las que habían abandonado por más de tres años el control de la Consulta.

PRUEBAS SUPLEMENTARIAS. Pruebas de laboratorio que confirman presencia o no de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la inmunoelectrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIPA)

RECIBIDA DE OTRO SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. La que sigue un método en un SPF y por cualquier motivo (cambio de domicilio) ingresa a otro Servicio para seguir su control. Es de desear que la usuaria presente su “Hoja de Referencia” de lo contrario se debe notificar y solicitar información al SPF donde se controlaba.

RECIENTE NACIDO. Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

RECIENTE NACIDO VIVO. Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como

movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

REFERENCIA A OTRO SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. Usuaria a quien se le entrega "Hoja de Referencia" para otro SPF, por cambio de domicilio, etc. También cuando recoge la información que la usuaria se ha mudado de Servicio sin notificarlo (referencia). Su historia pasa al archivo "pasivo".

RIESGO REPRODUCTIVO. Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN TRABAJO DE PARTO. La ruptura de las membranas antes del inicio de la labor, si ocurre antes de la 37 semana, se llama "ruptura pretérmino de las membranas". Se asocia a embarazo múltiple, Polihidramnios, infecciones de vagina, cérvix y líquido amniótico. Hay salida abundante y sin control de un líquido claro por vagina.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

SEROPOSITIVO: Persona en la que el test de detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana, resulta positivo.

SEXO PROTEGIDO. Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón masculino y femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

SEXO SEGURO. Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.

VIH/SIDA. Proceso infectoinmunitario producido por el VIH caracterizado por la aparición, de una inmunodepresión progresivamente grave que ocasiona infecciones oportunistas, neoplasias malignas y alteraciones neurológicas.

SUCEDANEO DE LA LECHE MATERNA. Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

TRABAJO DE PARTO PREMATURO CON MEMBRANAS INTEGRAS. Es cuando la labor ocurre antes de las 37 semanas y después de las 28 semanas de gestación. Su causa es desconocida, se asocia a infección intra-amniótica, embarazo múltiple, anomalías congénitas fetales, mala presentación. Se manifiesta con contracciones regulares que producen borramiento y dilatación cervical.

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO CON MEMBRANAS ROTAS. Es cuando la labor ocurre entre las 28-37 semanas con membranas rotas. Se asocia a infección intraamniótica.

USUARIA ACTIVA. La que sigue un método de Planificación Familiar y se controla en un SPF siguiendo las citas e instrucciones que establece el Programa.

USUARIA CESADA. Aquella que acude al SPF para que se le retire el método de planificación por razones médicas, deseo de embarazarse, embarazo comprobado, ausencia de riesgo, etc. Su historia egresa y pasa a archivo "pasivo" con tarjeta.

USUARIAS DE COMIENZO DE MES. Son aquellas resultantes de la sumatoria de las usuarias del mes anterior, pueden ser discriminadas por métodos.

USUARIA EN PERIODO DE PRORROGA. Situación en que se encuentra la usuaria que ha dejado de asistir a las citas y controles que le han señalado en el SPF. Varía según el método que utilice; para las usuarias del DIU la prórroga es de un (1) año, contando a partir de la última cita no cumplida; para las usuarias de píldoras, condones y otros métodos el período es de (6) meses. Al terminar el período de prórroga se le egresa por pérdida de seguimiento. La Historia pasa al archivo "pasivo", junto con la tarjeta.

USUARIA REINGRESADA. La mujer que había abandonado por menos de dos (2) años el método anticonceptivo (deseo de embarazarse, embarazo comprobado, ausencia de riesgo u otro motivo) o que había sido egresada por pérdida de seguimiento y que concurre nuevamente al Servicio de Planificación Familiar para reiniciar un método cualquiera. Su Historia ingresa al archivo "activo" y su tarjeta al fichero calendario.

USUARIO (A) Todo hombre, mujer o pareja que consulte a un Servicio de Salud Sexual y/o Reproductiva

VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH -1 y al VIH - 2.

VIOLENCIA FISICA. Se considera violencia física toda conducta que directa o indirectamente esté dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico sobre la persona, tales como heridas, hematomas, contusiones, excoriaciones, dislocaciones, quemaduras, pellizcos, pérdida de dientes, empujones o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas.

VIOLENCIA PSICOLOGICA. Se considera violencia psicológica toda conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia, tales como conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, amenaza de alejamiento de los hijos e hijas o la privación de los medios económicos indispensables.

VIOLENCIA SEXUAL. Se entiende por violencia sexual toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su sexualidad, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital.

VIOLACION. Se llama violación a la situación en la que el violador usa la violencia o la amenaza para obligar a otra persona a soportar un acto sexual, de cualquier tipo.

SIGLAS:

G• = Gestágenos Orales. DIU = Dispositivos Intrauterinos. Cu.= Cobre.

V.P.H. = Virus papiloma humano. SPF. = Servicio de Planificación Familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrera, G. M. (1994). El Adolescente y los Problemas de Aprendizaje. (consideraciones especiales) Caracas – Venezuela.
- Campell, A. (1986). Manual para el Análisis de la Fecundidad. OPS/OMS. Publicación Científica N° 494.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1990). Tecnologías Perinatales. OPS/OMS. Publicación Científica CLAP N° 1202. Montevideo – Uruguay.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – CLAP/OPS/ OMS (1992). Tecnologías Perinatales,. Publicación Científica del CLAP N° 1255. Montevideo – Uruguay.
- CNDNA (2003). Directrices Generales para garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes contra el abuso sexual y la protección sexual y comercial. Gaceta Oficial N° 37815 de la República Bolivariana de Venezuela.
- Comisión Presidencial de los Derechos del Niño (1991). Los Niños: El compromiso de los Noventa. Memoria. Venezuela.
- Cunningham, G. Neonatología –Manejo Básico.
- Diez, E. y Fernández, G. (1993). Efectos de baja dosis de estrógenos en mujeres menopáusicas. Investigación Clínica. Páginas 34, 29-39.
- Family Health International (1993). Calidad de la Atención. Revista Network en español.
- Family Health International (1995). Serie d Actualización de Tecnología Anticonceptiva.
- Faneite, P. (1992). Evaluación de la Salud Fetal. Puerto Cabello – Venezuela.
- Faneite P.(1984). Actualidades en Medicina Perinatal. Puerto Cabello –Venezuela.
- Gerendas, M. y E. Siléo (1992). Embarazo en la Adolescencia. Factores de Riesgo y Cadena d Prevención. Venezuela.
- Geicher, N. (1989). Medicina Clínica en Obstetricia. Editorial Panamericana. Tomo I.
- Geusens, P. (1996). Data on Livial (Tibolone). Present at the World Congress on Osteoporosis. May 18-23. Amsterdam – The Netherlands.
- Guzmán, I. (1997). Embarazo, Maternidad y Paternidad Adolescente. Lineamientos para una política de prevención integral. Costa Rica.
- Iffy-Kaminetzky (1986). Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Panamericana.
- Jones, H. y W. Burnett. Tratado de Ginecología de Novek. Interamericana. Mc.Grauw-Hill. 11ª Edición.
- Kelly, A. La Deficiencia d Euto estudio y Actualización Científica. Universidad de Columbia. Escuela de Medicina y Cirugía. Directora de Programa. USA.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (2000). República de Venezuela.
- Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia. (1998). Gaceta Oficial N° 36576. Noviembre, 6. República de Venezuela.
- López, G. Y Otros (1992). Salud Reproductiva en las Américas. OPS/OMS
- Maternidad Concepción Palacios (1994). Pautas de Obstetricia. Caracas -

Venezuela. Medellín, G. Y E. Tascon. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano.

Ministerio de la Familia (1995). Un Estudio del Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes. Encuesta Social en 1993. Caracas – Venezuela.

Ministerio de la Familia (1995). Prevención del Embarazo Precoz 1995-1998. Caracas – Venezuela.

Ministerio de Salud (1996). Dirección de Normas, Programas, Desarrollo de Servicios y Participación Comunitaria. Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Reproductiva de Adolescentes. Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima. Perú.

Ministerio de Salud (1995). Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual Operativo. Managua – Nicaragua.

Ministerio de Salud (1997). Normas para la Atención Prenatal. Parto bajo riesgo y puerperio. Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Nicaragua.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1999). Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Venezuela.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1992). Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente . Normas y Funciones. 2da. Edición. Venezuela.

Ministerio de Saúde (1986). Divisao Nacional de Saúde Materno Infantil. Centro de Documentacao. Brasilia – Brasil.

National Research Council (1990). Anticoncepción y Reproducción. Consecuencia para la Salud de Mujeres y Niños en el Mundo en Desarrollo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina.

Navarro R. y B. Schieber (1994). Guía para la Atención de Enfermedades Obstétricas en Hospitales de Referencia. Publicación OPS N° PAHO/HMP/ GDR-4/94-29. Guatemala.

Oficina Sanitaria Panamericana (1999). Hablemos de salud sexual. Manual para profesionales de atención primaria de salud. Asociación Mexicana de Educación Sexual. México.

OMS (2000). Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para Obstetras y Médicos.

OMS/UNICEF (1989). Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Ginebra – Suiza.

OPS. Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local.

OPS (1986). Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington – USA.

OPS (2000). Recomendaciones para la Atención Integral d Salud de Los y Las Adolescentes. Centro de Estudios de Población. Buenos Aires – Argentina.

OPS/OMS (1994). Prevención del SIDA (I). El SIDA y la Planificación Familiar.

OPS/OMS (1994). Prevención del SIDA (II). El SIDA y la Salud Materno Infantil.

OPS/OMS/FNUAP Emergencias Obstétricas. Guías para Enfermedades. N° 2. Publicación N° PHO/HMP/GDR-4/94.19 Rev. 1.

OPS/OMS/FNUAP Guía para la Atención de Enfermedades Obstétricas en Hospitales de Referencia. N° 5. Publicación N° PAHO/HMP/DGR-4/94,29.

OPS/OMS/FNUAP (1996). Pautas para la Atención de Emergencia Obstétricas dirigido a Auxiliares de Enfermería. N° 3. Publicación N° PAHO/HMP/GDR-4/94,16.

OPS/OMS/FNUAP. Propuesta Estratégica de Educación Permanente en Emergencias Obstétricas para personal de Enfermería. N° 4. Publicación N° PAHO/HMP/GDR-4/94,21.

Organización Panamericana de Salud (1983). Manual para la Atención de la Madre y del Niño. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. N° 3.

Organización Panamericana de la Salud (1996). Salud Reproductiva: Concepto e Importancia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud. N° 39.

Organización Panamericana de la Salud (1994). Manual de Reproducción Humana. Cáncer Ginecológico y de la Mama: Detección y Diagnóstico Tempranos.

Organización Panamericana de la Salud (1994). Manual de Reproducción Humana. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA). Efectos en mujeres y niños.

PASAE (1997). Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes. Clemente Editores. Valencia – Venezuela.

Pernoll, M y R. Benson (1989). Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Editorial El Manual Moderno. México.

Poder Ejecutivo Federal (1995). Programa de Reforma de Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. México.

Protocolos en Menopausia (1995). Tomo I y II. Editorial Mirpal. Madrid.

Quisber, L. (1995). Neonatología. Interamericana Mc. Graw-Hill. México.

Red de Población y Desarrollo Sustentable – REDPOB (1996). El Cairo y Beijing. Dos Conferencias que nos comprometen. Venezuela.

Sáez, I. (1992). La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. 2da. Edición. Venezuela.

Sáez, I. (1992). Programa PROAMA. Los Adolescentes actuando por su Salud. 2da. Edición. Venezuela.

Sáez, I. (1992). Programa PROAMA. Sexualidad en la Adolescencia. 2da. Edición. Venezuela.

Sáez, I (1992). Al Adolescente de Alto Riesgo y Primeras Causas de Mortalidad. Venezuela.

Sáez, I. Y E. Siléo (1992). Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Enfermo. Venezuela.

Sáenz I. Y A. Arias (1994). Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud del Adolescente. OPS/OMS. Barquisimeto – Venezuela.

Schwarcz, R. y Otros (1995). Atención Prenatal y Parto de Bajo Riesgo. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Publicación Científica del Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP N° 132.01. Uruguay.

Silber, T. Y Otros (1992). Manual de Medicina del Adolescente. OPS. Serie PALTRX para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. Washington- USA.

Siléo, E. (1992). Programa PROAMA. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Venezuela.

Strecker, J. y CH. Lauritzen (1989). Hormonoterapia en el Climaterio (I) Monografía. Berlín – Alemania.

Terán, J. y F. Febres (1995). Endocrinología Ginecológica y Reproducción Humana. Editorial Ateproca. Caracas – Venezuela.

The Medical Clinics of North América (1989).

Toro, H. (1997). Relación de la Fecundidad Posterior al Parto o al Aborto. Serie de Documentos Técnicos N° 6. UNFPA.

Valdirio, C. Asistencia del Recién Nacido.

World Health Organization (1996). Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Ginebra

Suiza. Ycaza, S. Y M. Béhar (1981). Nutrición Interamericana. Zeiguer, B. (1998). Ginecología Infanto-Juvenil. 2da. Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina.

ANEXOS

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA CONSEJO NACIONAL DE DERECHOS DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Caracas, 06 de noviembre de 2003

Años 193° y 144°

DECISIÓN

El Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente en su carácter de máxima autoridad del Sistema Rector Nacional para la Protección Integral de los Niños , Niñas y Adolescentes, con fundamento en lo preceptuado en los artículos 54, 75 y 78 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 137 Literales “a” “b” “c” y “o” de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 32, 33, 34, 43,50, 65, 68, 69, 74, 70, 133 y 134 eiusdem., de conformidad con lo establecido en los artículos 16,18,19, 21,22, 32,33, 34 y 35 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los artículos 1,2,4, 5, 6, 7, 9,11,12, 13,23, 24 y 33 de la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia, y los artículos 23 y 24 de la Ley Especial Contra los Delitos Informáticos,

CONSIDERANDO

Que es deber del Estado, las familias y la sociedad garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser protegidos integralmente, a tener su identidad, a la integridad personal, a tener servicios forenses específicos, a la información en materia de salud, a ser protegidos contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial, el derecho a una sexualidad sana, voluntaria y sin riesgos, el derecho al honor, reputación y propia imagen, vida privada e intimidad familiar, el derecho a ser protegidos de contenidos pornográficos y el derecho a recibir información veraz y acorde con su desarrollo evolutivo como derechos fundamentales, irrenunciables e igualitarios,

CONSIDERANDO

Que el Estado venezolano es signatario de los acuerdos de la Primera y Segunda Cumbre Mundial Contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, celebradas en Estocolmo, Suecia en 1996 y Yokohama, Japón en 2001, respectivamente y de los Acuerdos de Montevideo, Uruguay, 2001, Contra la Explotación Sexual Comercial y Otras Formas de Violencia Sexual a la Infancia y la Adolescencia, el “Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía”,

CONSIDERANDO

Que el abuso sexual y la explotación sexual comercial afectan a un gran número de niños, niñas y adolescentes en nuestro país, cuyas exactas dimensiones se desconocen al permanecer mayormente ocultos, debido a la baja proporción de denuncias, la inexistencia de registros sistemáticos y la desarticulación de los organismos competentes,

CONSIDERANDO

Que el Estado debe desarrollar políticas y planes que garanticen la existencia de programas permanentes y gratuitos para la prevención y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sido o puedan ser víctimas de abuso sexual o explotación sexual comercial,

CONSIDERANDO

Que el abuso sexual y la explotación sexual comercial son problemas de salud pública declarados por la comunidad internacional como una forma grave de vulnerar los derechos humanos, íntimamente vinculados al deterioro de la calidad de vida, pero sobre todo a la violencia en la sociedad y especialmente en la familia, al desconocimiento del niño, niña o adolescente como sujeto de derecho y a la inequidad de género; aunque estos hechos afectan a niños, niñas y adolescentes, tienen una mayor incidencia entre las niñas y adolescentes femeninas, por estar inmersas en relaciones de poder desiguales entre los géneros,

CONSIDERANDO

Que la implementación de políticas públicas para la protección integral en las áreas de salud, educación y fortalecimiento de la familia para proteger el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia y asegurar a todas las personas sus derechos fundamentales, constituyen el mejor mecanismo de prevención y erradicación del abuso sexual y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes,

CONSIDERANDO

Que el abuso sexual y la explotación sexual comercial son formas diferenciadas de violencia sexual que requieren de medidas específicas, vinculadas a la prevención, atención y erradicación de condiciones de desigualdad y vulnerabilidad,

DECIDE

Dictar las siguientes:

DIRECTRICES GENERALES PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CONTRA EL ABUSO SEXUAL Y LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL.

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES ARTÍCULO 1.

Definiciones.

El abuso sexual es toda acción en la que una persona, de cualquier sexo y edad, utiliza su poder, dado por diferencia de edad, relación de autoridad, fuerza física, recursos intelectuales y psicológicos entre otros, con o sin violencia física para someter y utilizar a un niño, niña o adolescente, a fin de satisfacerse sexualmente; involucrándolo, mediante amenaza, seducción, engaño o cualquier otra forma de coacción, en actividades sexuales para las cuales no está preparado física y /o mentalmente, ni en condiciones de otorgar su consentimiento libre e informado.

- **La explotación sexual comercial**, es un concepto que está ligado a transacciones retribuidas en dinero o en especie, donde son utilizados niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. Según los acuerdos establecidos en la Consulta Gubernamental Regional sobre Explotación Sexual Infantil de Montevideo, Uruguay, celebrada en noviembre del 2001, se encuentran incluidos en este concepto, la pornografía, el turismo sexual y el tráfico de niñas, niños y adolescentes. De acuerdo al Protocolo Facultativo de la Convención Sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía, se entiende
- Por venta de niños: todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. b) Por prostitución infantil: la utilización de un niño en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. c) Por utilización de niños en la pornografía: toda representación, por cualquier medio, de un

niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño con fines primordialmente sexuales.

ARTÍCULO 2. Objeto.

Garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, que se encuentren en el país, sin distingo de cultura, raza, sexo, nacionalidad o religión, su derecho a la protección integral contra toda forma de abuso sexual y explotación sexual comercial, a través de la prevención, la restitución de los derechos de las víctimas y su rehabilitación en el marco de una estrategia de derechos humanos y promoción de la calidad de vida, enfatizando en la concertación de esfuerzos para erradicar progresivamente la diversidad de factores sociales, culturales, económicos y políticos que propician la existencia de estos problemas.

ARTÍCULO 3. Responsables.

Todos los integrantes del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente, en sus respectivas jurisdicciones, serán los responsables de hacer cumplir las disposiciones generales y especiales de estas directrices, observando el principio de corresponsabilidad Estado, familias y sociedad, para garantizar la protección integral de la niñez y la adolescencia contra toda forma de abuso sexual y explotación sexual comercial.

ARTÍCULO 4. Ámbito de aplicación.

Las Directrices Generales son aplicables en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, con carácter vinculante para los integrantes del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, y con carácter orientador para las familias y los entes públicos y privados relacionados con la materia, en los sectores de salud, educación, justicia, comunicaciones y turismo.

CAPITULO II DISPOSICIONES ESPECIALES

ARTÍCULO 5. La articulación transectorial y la Comisión contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial.

Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente, formulará y promoverá una política que genere respuestas articuladas y transectoriales para la protección de los niños, niñas y adolescentes contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial. Creará y coordinará una Comisión para dicho fin, con la participación de los organismos públicos competentes, organizaciones no gubernamentales, sociales y comunitarias vinculadas a la atención de la infancia y adolescencia en esta materia. Esta Comisión, desde un enfoque de planificación participativa, diseñará una propuesta de Plan de Acción Nacional Contra El Abuso y La Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, de acuerdo a las orientaciones de estas Directrices Generales y en cumplimiento de los compromisos internacionales. La Comisión podrá proponer contenidos complementarios a estas Directrices, si fuere el caso.

ARTÍCULO 6. Los Planes Estadales y Municipales y la articulación Transectorial.

Los Consejos Estadales de Derechos, en coordinación con los Consejos Municipales de Derechos que funcionen en su jurisdicción, formularán las políticas y planes estadales y municipales, en concordancia con las orientaciones de estas directrices y el Plan de Acción Nacional Contra el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, articulando sus acciones con los demás órganos y servicios del Sistema de Protección, el Poder Público Estatal y Municipal, los Consejos Locales de Planificación, otros organismos gubernamentales, así como organizaciones sociales y comunitarias, vinculadas a esta temática a nivel local, abriendo espacios para la participación de las familias y los propios niños, niñas y adolescentes.

PARÁGRAFO ÚNICO:

En la elaboración de los planes, especialmente en los estados fronterizos se debe enfatizar en las acciones para la prevención y erradicación del traslado ilícito de niños, niñas y adolescentes, por ser estos problemas más agudos en dichas localidades.

ARTÍCULO 7. Obligatoriedad de la denuncia:

La persona que tenga conocimiento de hechos o situaciones relacionados con abuso sexual o explotación sexual

comercial que afecten a niños, niñas y adolescentes, debe proceder de inmediato a su denuncia. Este deber corresponde incluso a los familiares de las víctimas y a los propios niños, niñas y adolescentes.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Los trabajadores de los servicios y centros de salud, de las escuelas, planteles e institutos de educación, entidades de atención y Defensorías del Niño y del Adolescente, tanto en el ámbito público como privado, que en su desempeño profesional tengan conocimiento de estos hechos, tienen la obligación de denunciarlos.

ARTÍCULO 8. Términos para la denuncia:

Todas las personas mencionadas en el Parágrafo Único del artículo anterior, tienen la obligación de denunciar estos hechos ante los organismos competentes, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su conocimiento. Antes de proceder a la denuncia, estas personas deben comunicar toda la información que tengan a su disposición sobre el caso, a los padres, representantes o responsables, salvo cuando sean éstos los que amenacen o violen los derechos a la vida, integridad y salud del niño o adolescente. En estos casos, los padres deben ser informados en las cuarenta y ocho horas siguientes a la denuncia.

ARTÍCULO 9. Organismos competentes para conocer y actuar en caso de denuncias:

Los organismos competentes para conocer y actuar en los casos de denuncias de abuso sexual y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo a sus atribuciones legales, son los siguientes: los Consejos de Protección del Niño y del Adolescente, el Ministerio Público a través de los Fiscales especializados en niños y adolescentes y los Tribunales de Protección.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Otros organismos y servicios que pueden ser receptores de denuncias son: Defensorías del Niño y del Adolescente, Instituto Nacional de la Mujer, Centros de Salud, Prefecturas o Jefaturas Civiles y organismos policiales.

ARTÍCULO 10. Procedimiento para la atención de la denuncia:

Los organismos o servicios mencionados en el artículo anterior, al recibir una denuncia deberán notificarla al Consejo de Protección de la localidad correspondiente. Los organismos receptores de denuncias y aquellos que tienen competencia para actuar, deben trabajar en permanente articulación, la cual debe trascender hasta las organizaciones de la sociedad local y la propia comunidad, para garantizar la efectividad en la atención de los casos.

De conformidad con lo establecido en la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia, toda denuncia recibida por un Organismo o servicio debe ser tramitada dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes.

1.-Denuncia presentada ante un Consejo de Protección:

- Asentar la denuncia en el Registro de Casos de Violación de Derechos que se llevará a tal fin.
- Dictar en lo inmediato la medida de protección correspondiente según lo estipulado en el artículo 126 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente y promover su ejecución articulando con las organizaciones locales, siguiendo el procedimiento establecido en el Capítulo XI Título III de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.
- Presentar la denuncia ante el Ministerio Público, de acuerdo al Literal "d" del Art. 160 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.
- Interponer las acciones judiciales correspondientes en caso de incumplimiento de sus decisiones, literal "c" del artículo 160 eiusdem.
- Realizar seguimiento del caso hasta su conclusión.

2. Denuncia presentada ante el Ministerio Público:

- Intentar las acciones a que hubiere lugar para hacer efectiva la responsabilidad penal de las personas que incurran en delitos contra niños y adolescentes de conformidad con lo establecido en el literal "b"

del artículo 170 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.

- Paralelamente notificar el caso al Consejo de Protección para el Registro de Violación de Derechos y para las decisiones relativas a las medidas de protección que puedan ser requeridas.

3.-Denuncia presentada ante Defensorías del Niños y del Adolescentes.

- Asentar la denuncia en el Registro de Casos de Violación de Derechos que se llevará a tal fin.
- Referir el caso al Consejo de Protección para las decisiones relativas a las medidas de protección que puedan ser requeridas, de acuerdo al literal “b” del artículo 202 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.
- Paralelamente presentar la denuncia ante el Ministerio Público, de acuerdo al literal “b” del artículo 202 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.

4. Denuncias presentadas ante Organismos Policiales, Jefaturas o Prefecturas, Centros de Salud u otras Instituciones.

- La denuncia efectuada ante alguno de los organismos o servicios mencionados, debe ser canalizada por dicho organismo o servicio ante el Consejo de Protección o el Ministerio Público dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción.

ARTÍCULO 11. La atención en la presentación de la denuncia:

La atención de las personas que van a presentar la denuncia debe realizarse en un espacio que ofrezca condiciones de privacidad, dárseles un trato respetuoso y digno e igualmente al niño, niña o adolescente afectado(a), si está presente, recibiendo al mismo tiempo un trato afectuoso acorde con su condición; procurándose facilitar al máximo su participación en los trámites en que deba intervenir, de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Deben tomarse en cuenta las recomendaciones del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía, que en su Art. 8 establece lo siguiente, “Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para proteger en todas las fases del proceso penal los derechos e intereses de los niños víctimas de las prácticas prohibidas por el presente Protocolo y, en particular deberán:

a) Reconocer la vulnerabilidad de los niños víctimas y adaptar los procedimientos de forma que se reconozcan sus necesidades especiales, incluidas las necesidades especiales para declarar como testigos; b) Informar a los niños víctimas de sus derechos, su papel, el alcance, las fechas y la marcha de las actuaciones y la resolución de la causa; c) Autorizar la presentación y consideración de las opiniones, necesidades y preocupaciones de los niños víctimas en las actuaciones en que se vean afectados sus intereses personales, de una manera compatible con las normas procesales de la legislación nacional; d) Prestar la debida asistencia durante todo el proceso a los niños víctimas; e) Proteger debidamente la intimidad e identidad de los niños víctimas y adoptar medidas de conformidad con la legislación nacional para evitar la divulgación de información que pueda conducir a su identificación; f) Velar, en caso necesario, por la seguridad de los niños víctimas, así como por la de sus familias y los testigos a su favor, frente a intimidaciones y represalias; g) Evitar las demoras innecesarias en la resolución de las causas y en la ejecución de las resoluciones o decretos por los que se conceda reparación a los niños víctimas.”

ARTÍCULO 12. Obligatoriedad del registro de las denuncias:

Es obligatorio para los órganos administrativos y todos aquellos receptores de denuncias integrantes del Sistema de Protección del Niño, Niña y Adolescente registrar las denuncias sobre abuso sexual o explotación sexual comercial. El registro se efectuará siguiendo como modelo el contenido de la planilla denominada Registro de Casos de Violación de Derechos, cuyo formato se anexa como parte de estas Directrices Generales. El Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente centralizará este registro a través de un sistema computarizado, estableciendo así mismo los acuerdos necesarios con los demás organismos receptores de denuncias a fin de que dicho registro se realice de manera uniforme.

ARTÍCULO 13. Apoyo a la investigación:

Los Consejos de Derechos Nacional, Estadales y Municipales apoyarán el desarrollo de actividades de investigación y

divulgación de resultados, en sus ámbitos de competencia para profundizar los conocimientos sobre el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial en Venezuela, para lo cual podrán destinar recursos propios, o establecer acuerdos de cooperación, con otras organizaciones públicas o privadas. Se debe enfatizar en las dimensiones del problema, características y determinantes locales, especificación y valoración de hechos que proporcionen información acerca de factores protectores, factores de riesgo, comportamientos de riesgo y necesidades percibidas por los niños, niñas y adolescentes.

EN MATERIA DE PREVENCIÓN: Artículo 14. La prevención en el Plan de Acción Nacional:

La prevención debe ser parte esencial del Plan de Acción Nacional contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, considerando como sus ejes fundamentales el fortalecimiento familiar y los procesos educativos necesarios para un efectivo reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, en especial de los derechos sexuales y reproductivos, la educación sexual y la articulación transectorial como estrategia para garantizar derechos.

Artículo 15. De la educación sexual:

Los Ministerios de Educación Cultura y Deportes y de Salud y Desarrollo Social deberán cumplir con el derecho a la educación sobre salud sexual y reproductiva, la cual debe ser integral, acorde al desarrollo evolutivo y a las particularidades culturales, oportuna, regular, libre de mitos y tabúes, basada en conocimientos científicos, que tanto en la escuela como en el seno de la familia, propicie el desarrollo de ciudadanos responsables, sanos, participativos congruentes con la equidad de género y el respeto hacia la mujer y la familia. Este derecho debe ser efectivamente cumplido en todas las escuelas, tanto públicas como privadas, en todos los niveles y modalidades y en general, en todos los ámbitos donde convivan niños, niñas y adolescentes (Hogares de Cuidado, Centros de atención en salud, centros deportivos, culturales y otros).

ARTÍCULO 16. De los programas preventivos:

Los Consejos de Derechos del Niño y del Adolescente, Nacional, Estadales y Municipales, deben realizar las acciones necesarias, brindando el apoyo financiero y técnico requerido, para el inmediato desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias y a los niños, niñas y adolescentes, a fin de promover su efectivo reconocimiento como sujetos de derechos. Dichos programas deben ser integrales en su orientación, abarcando los siguientes aspectos:

Divulgación y promoción de los derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. · Estrategias que promuevan la comunicación de padres e hijos, enfatizando en la función pedagógica y protectoras de la familia, como principal garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. · Fortalecimiento de valores en la familia y en la escuela, tales como la solidaridad, cooperación, tolerancia, respeto y reconocimiento al otro, que favorezcan la autoestima de niños, niñas y adolescentes, la integración familiar y la erradicación del maltrato a niños, niñas y adolescentes. · Educación sexual, acorde a cada grupo de edad, que propicie el desarrollo de ciudadanos responsables de su sexualidad, la equidad de género y la no violencia contra la mujer y la familia. · Estrategias que permitan desarrollar en los niños y niñas, desde la edad preescolar, destrezas auto protectoras específicas para la prevención del abuso sexual infantil, preparándolos para denunciar a quienes intenten abusar de ellos. · Estrategias para que los niños, niñas y adolescentes sean incorporados en la defensa de sus derechos, sin soslayar la responsabilidad de los adultos.

ARTÍCULO 17. De los documentos públicos de identidad y la prevención del tráfico de niños.

Los Consejos de Derechos del Niño y del Adolescente, en todas sus instancias territoriales, deben promover la corresponsabilidad de la sociedad y la familia en el respeto del derecho a la identidad como parte de los mecanismos que ayudarían a prevenir el tráfico de niños, niñas y adolescentes y la existencia de procedimientos no ajustados a derecho en los procesos de adopción.

Los organismos competentes deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes el derecho a ser inscritos en el Registro del Estado Civil, así como a la obtención de los documentos públicos que comprueben su identidad.

ARTÍCULO 18. Promoción de la denuncia:

Los Consejos de Derechos Nacional, Estadales y Municipales del Niño y del Adolescente, así como otros órganos y servicios del Sistema de Protección, a través de la articulación Estado y sociedad deben promover el mecanismo de la denuncia, para lo cual deben sensibilizar a la comunidad organizada, a las familias y a los propios niños, niñas y adolescentes sobre los

problemas del Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial, así como sus implicaciones individuales y sociales, para que intervenga en los casos que lo ameriten, efectuando oportunamente la denuncia ante los órganos competentes.

ARTÍCULO 19. Acción pedagógica global:

Los Consejos de Derechos Nacional, Estadales y Municipales del Niño y del Adolescente, deben articular acciones con otros organismos, organizaciones sociales y de base, para emprender una acción pedagógica global que involucre a los medios de comunicación, al sistema judicial y a los establecimientos de enseñanza de todos los niveles para sensibilizar e informar sobre el tema, crear conciencia, reducir la invisibilidad del fenómeno, generar cambios en los patrones culturales, crear opinión pública e involucramiento de los diferentes grupos en el combate de esta problemática.

ARTÍCULO 20. El debate público:

Los integrantes del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente, así como los organismos y organizaciones públicas y privadas vinculadas a la atención de niños, niñas y adolescentes deben promover periódicamente el debate público sobre los temas de abuso sexual y explotación sexual comercial, rompiendo con la naturalización de estas prácticas y la invisibilidad de estos problemas, creando conciencia sobre el papel de las instituciones.

ARTÍCULO 21. Pornografía, turismo e internet:

Los integrantes del Sistema de Protección del Niño y del Adolescente en interacción con los organismos competentes y con la cooperación de la sociedad, deben enfrentar con todos los recursos posibles la producción, distribución, exportación, comercialización, transmisión y publicidad de la pornografía infantil y el turismo sexual a través de cualquier medio, incluyendo internet, estableciendo medidas preventivas y sanciones significativas. Deben hacer cumplir efectivamente los convenios internacionales en esta materia e impulsar el uso de mecanismos que permitan rastrear en la red este tipo de delitos.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Los organismos que otorgan los permisos para el funcionamiento de locales de servicios públicos de Internet, así como los beneficiarios de los mismos, deben garantizar mecanismos idóneos para impedir que los niños, niñas y adolescentes usuarios de dichos servicios, tengan libre acceso a páginas pornográficas.

De igual forma, los entes otorgantes de permisos y los beneficiarios de éstos, para la producción y venta de soportes impresos o audiovisuales, libros, publicaciones, videos, ilustraciones fotográficas y crónicas, no deben permitir que en los contenidos de estas publicaciones se utilice, se promueva o incite al uso, de niños, niñas o adolescentes en pornografía. Las publicaciones de contenido pornográfico de adultos debidamente autorizadas para la estricta venta a mayores de 18 años, deben tener una envoltura que selle su contenido y una advertencia que informe sobre el mismo.

EN MATERIA DE ATENCIÓN ARTÍCULO 22. Atención conforme a los documentos normativos de salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, en cuanto a la atención y orientación que debe brindarse a los niños, niñas y adolescentes en los casos de abuso sexual, respondiendo a un concepto de atención integral y de no re-victimización. Debe velar especialmente porque en todas las instituciones de salud se conformen equipos multidisciplinarios sensibilizados sobre el tema para atender a los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso o explotación sexual, tanto en el aspecto físico como psicológico, asegurándoles un tratamiento con calidad y calidez, el registro fidedigno de los casos en los instrumentos clínicos donde estén incluidos items que describan la violencia sexual y el cumplimiento de los procedimientos de la denuncia oportuna ante los organismos competentes.

ARTÍCULO 23. Servicios forenses específicos:

El Estado Venezolano a través de los Ministerios competentes debe velar porque existan servicios forenses específicos las 24 horas del día, con personal especialmente capacitado en enfoque de derecho y género para atender las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, principalmente para los casos de abuso o explotación sexual, debiendo ser diferentes de los que se brinda a las personas mayores de dieciocho años, de conformidad con el artículo 34 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente .

ARTÍCULO 24. De la articulación transectorial:

Los miembros del Sistema Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes deberán accionar mecanismos con los demás órganos del Estado, particular-mente con las dependencias del Ministerio del Interior y Justicia, Instituciones de Salud e Instituciones Educativas, a fin de generar respuestas articuladas y transectoriales desde la detección hasta la atención adecuada y oportuna a las víctimas de abuso y explotación sexual comercial, así como un tratamiento expedito y efectivo de las denuncias. Los Consejos Municipales de Derechos deberán elaborar un Directorio Local sobre las organizaciones que prestan servicios de atención en esta materia y hacerlo llegar a los centros educativos y de salud de su jurisdicción.

ARTÍCULO 25. De las normas para la detección de situaciones de abuso sexual:

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social deberá velar por la aplicación de las recomendaciones establecidas en los documentos normativos de salud sexual y reproductiva de dicho Ministerio, específicamente en el Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva como guía inicial para la detección de situaciones de abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, tanto en instituciones de salud como en entidades de atención. El Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, sociales y comunitarias participantes en la Comisión Contra el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial, pueden desarrollar y profundizar estas recomendaciones, formulando si es necesario, protocolos y procedimientos específicos que complementen las establecidas y las hagan más operativas.

ARTÍCULO 26. De los Programas para la atención de las víctimas de abuso sexual y explotación sexual y la rehabilitación de los victimarios de abuso sexual:

Los Consejos de Derechos del Niño y del Adolescente Nacional, Estadales y Municipales de Derechos, según su jurisdicción, deberán realizar las acciones necesarias en cuanto a la articulación y cooperación con otros organismos, a fin de obtener el apoyo financiero y técnico requerido para la inmediata creación de programas, de abrigo y de rehabilitación, tomando en consideración las normas establecidas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para la atención y recuperación de las víctimas, diferenciando según sean situaciones de abuso sexual o explotación sexual comercial, garantizando el acceso gratuito a estos programas. Los programas deben ser integrales procurando la restitución de los derechos de las víctimas, dándose especial énfasis a la atención psicológica. En el caso de los victimarios de abuso sexual, particular-mente los victimarios adolescentes, deberán tener acceso a programas integrales para su recuperación donde tengan cabida los familiares, la participación en estos programas no exime de la aplicación de las sanciones legales correspondientes.

El Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente y el Ministerio de Salud y de Desarrollo Social en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, sociales y comunitarias participantes en la Comisión Contra el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial deberán formular, si es necesario, los protocolos y procedimientos específicos que complementen las normas establecidas y las hagan más operativas.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Se adoptaran medidas para asegurar una formación apropiada, particular-mente en el ámbito jurídico y psicológico, de las personas que trabajan con víctimas de abuso sexual, prostitución, etc., de conformidad con lo establecido en el artículo 8, numeral 4 del Protocolo Facultativo.

CAPITULO III DE LAS SANCIONES

ARTÍCULO 27.

Todo lo relativo a las sanciones, se regirá por lo dispuesto en el ordenamiento jurídico concerniente a las materias tratadas en estas directrices generales.

Comuníquese y Publíquese Por el Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente

Carlos Gamarra

Anahí Arizmendi

Presidente

Vicepresidenta

y demás miembros:

Lenín Romero

Arlethy Martínez

Jhonny Jiménez

Rosalinda Mendoza

María Rodríguez

Marcelo Ordóñez

Gonzalo González Vizcaya

Emma Hermoso

Luisa Rodríguez

José N. Rodríguez

Mónica Venegas

Volver al Índice Tomo III

Participantes en la elaboración de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

Comité de Redacción:

| | |
|---------------------|---|
| Lic. Luisana Gómez | Coordinadora del PNSSR-MSDS Responsable del Tomo I |
| Lic. Nancy Espinoza | Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MSDS |
| Lic. Haydee Arias | Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MSDS |
| Dra. Dora Aquino | Consultora UNFPA |

Comité AD HOC:

| | |
|---------------------------|---|
| Dra. Cira Bracho de López | Coord. Postgrado Enfermería - U.C. Responsable Tomo II |
| Dr. Armando Arias | Dir. Salud Edo. Lara Coord. Reg. Crecimiento y Desarrollo |
| Dr. Jesús Rojas | Dir. Salud Edo. Lara Coord. Reg. SSR Responsable Tomo III |
| Dr. Eduardo Navas | Consultor en Salud Materno-infantil OPS-OMS |
| Dra. Rosa González | Universidad de Carabobo -Fac. Medicina - Escuela Enfermería |

Participaron en la Revisión

| | |
|----------------------|---|
| Lic. Natalia Yejo | Consultora MSDS |
| Lic. Leticia Artiles | Consultora MSDS-UNFPA |
| Dra. Deysi Matos | P. N. ITS-VIH/SIDA MSDS |
| Lic. Doris Pineda | VDS-MSDS |
| Dra. Bruna López | Dir. Salud Edo. Lara |
| Dr. Gustavo Briceño | Corposalud Salud Aragua. Coord. Reg. SSR Aragua |
| Lic. Haydee Martínez | Consultora UNFPA |
| Dr. Inés Valderrama | INSALUD Coord. Reg. SSR Edo. Carabobo |
| Ing. Karelys Lugo | Corposalud Aragua |
| Dr. Luis Rojas Parra | CPCMMI-MSDS |

| | |
|-----------------------------|---|
| Dra. María Stella Solórzano | VDS-MSDS |
| Dr. Rafael Rodríguez | Prosalud YARACUY |
| Dra. Jeannette Rauseo | INSALUD-PROSARE Edo. Carabobo |
| Dra. Reina María Rodríguez | P.N. ITS-VIH/SIDA MSDS |
| Dra. Rosa Hernández | Prog. ONCOLOGÍA MSDS |
| Lic. Victoria Ferrara | ULA |
| Dra. Leonor Zapata | Sociedad de Ginecología y Obstetricia |
| Lic. Zoraida González | Consejo Nacional de Derechos del Niño y Adolescente |
| Dra. Célida Brusco | Corpo-Salud Estado Aragua |
| Dra. Zoraya Vitoria | Ambulatorio Urbano III Simón Bolívar Edo. Lara |
| Dra. Maithé Trejo | Coord. Regional SSR Edo. Falcón |
| Dra. Alejandrina Rodríguez | Instituto de Salud Pública Edo. Bolívar Coord. Reg. SSR |
| Dra. Virginia Barazarte | Gerencia de Hospitales MSDS |
| Dr. Efraín García | Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva |
| Lic. Luisana Gómez | Coordinadora General de Proyectos UNFPA -MSDS |
| Lic. Nancy Espinoza | Programa de Salud Sexual y Reproductiva |

Participaron en la Validación

| | |
|-----------------------------|--|
| Lic. Angela Barrios | Proyecto ITS-SIDA. MSDS |
| Lic. Angela Casanova | INAM-MSDS |
| Lic. Fanny Cubillán | Proyecto ITS-SIDA MSDS |
| Dra. Florángel Parodi | Proyecto ITS-SIDA MSDS |
| Dr. José Labrador | Dir. de Salud - Edo Lara |
| Sra. Juana Delgado | Círculos Femeninos Populares |
| Dr. Luisana Melo | Hospital Universitario de Caracas |
| Lic. María Auxiliadora Díaz | A.C. BUENNACER |
| Lic. Mirtha De Armas | Proyecto ITS-SIDA MSDS |
| Dra. Luisa Bolívar | Dirección General Salud Poblacional - MSDS |

Coordinadores/as Regionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Se contó con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA

Coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MSDS

Equipo Técnico Fundador Mayo 2000 - Octubre 2003:

Lic. Luisana Gómez Coordinadora

Lic. Nancy Espinoza Planificadora

Lic. Haydee Arias Planificadora

Equipo Técnico Noviembre 2003:

Dra. María Isabel Aliaga Coordinadora

Lic. Nancy Espinoza Planificadora

Lic. Haydee Arias Planificadora

Dr. Efraín García Asesor en Ginecología y Obstetricia

Lic. Luisana Gómez Consultora en Género, Violencia y SSR

Coordinadora General de Proyectos de SSR (UNFPA-MSDS)

Producción del CD Multimedia: **La Galera de Artes Gráficas**

ISBN CD MULTIMEDIOS: 980-226-045-2

Depósito Legal: If9220043002533

Caracas, Venezuela

Agosto 2004