

# NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Primera edición: Noviembre 2013  
©Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS

Publicado con la colaboración y el apoyo de:

Oficina Sanitaria Panamericana / Organización Mundial de la Salud  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF  
Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA

Documento dirigido a autoridades de gobierno, redes hospitalarias y comunitarias, personal médico y de enfermería y demás actores sociales involucrados en ejecutar acciones para la atención integral en salud sexual y reproductiva que se realizan en las redes de atención en salud y desarrollo social en Venezuela, tanto en el ámbito nacional como en los niveles regionales y municipales.

## **Listado Protocolar del Ministerio del Poder Popular para la Salud**

**Isabel Iturria Caamaño**

Ministra del Poder Popular para la Salud

**Miriam Cecilia Morales**

Viceministra de Redes de Salud Colectiva

**Nuramy Josefa Gutiérrez González**

Viceministra de Recursos para la Salud

**Carlos Alvarado**

Viceministro de Redes de Servicios de Salud

**Mauricio Vega**

Director General del Despacho



## Presentación

Hasta 1999, los temas referidos al género y a la salud sexual y 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 los avances jurídicos para la igualdad de oportunidades, la legislación sobre la violencia intrafamiliar y sexual, sobre derechos de niños, niñas y adolescentes, la educación y salud sexual y reproductiva de adolescentes, entre otros.

Con el proceso revolucionario liderado por el Presidente Hugo Chávez Frías 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 por referendo popular 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 y reproductivos son también garantizados por el Estado venezolano (artículos 75, 76 y 77).

El Plan Estratégico Social (2001-2007) fue el 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. Con él se inició la construcción del sistema de atención primaria en salud, con una visión integral en todos los sentidos: preventivo, asistencial, ambiental y con participación popular protagónica para lograr esta transformación, al tiempo que se fortaleció la atención en el segundo y tercer nivel. Se avanza hacia la estructuración de un Sistema Público Nacional de Salud, con políticas de salud más amplias, sustituyendo la vieja concepción hospitalaria, asistencialista, mercantilista y neoliberal por una humanista, incluyente, solidaria y accesible. Las Políticas de Salud establecen el imperativo ético de responder a las necesidades de la gente, garantizando la universalidad de los derechos con equidad, como base fundamental para la construcción de ciudadanía. Es la Misión Barrio Adentro el comienzo para este nuevo concepto de la Política en Salud, fortaleciéndola en el ámbito de la salud sexual y reproductiva con la publicación en Gaceta Oficial de la Norma para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en 2003.

Con la creación y el desarrollo del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se inició un cambio paradigmático para asumir todo lo concerniente a la sexualidad y la reproducción en el Sistema Público Nacional de Salud.

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 en Salud Sexual y Reproductiva, así como las competencias y funciones de los niveles administrativos, y 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 de las personas en sus diversas expresiones de acuerdo al género, etapa del ciclo de vida, procedencia indígena, territorio y clase social. De este modo, se presentan innovaciones tales como: la atención de la salud sexual y reproductiva en la

infancia y adolescencia, en adultas y adultos mayores, la atención humanizada del parto, la atención de salud sexual y reproductiva del hombre, la promoción de la salud sexual y el acceso a tecnologías anticonceptivas, la prevención y atención de la violencia doméstica intrafamiliar y sexual, así como la prevención del cáncer en hombres y mujeres, 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, este documento es herramienta básica para la salud sexual y reproductiva de todas y todos, fortaleciendo el protagonismo de las familias y comunidades en la corresponsabilidad de la gestión en salud.

Con la reedición de este documento se contribuye a la potenciación de la capacidad rectora de nuestra institución y reafirmamos nuestro compromiso de hacer de la salud un patrimonio de todas las venezolanas y venezolanos, tal cual está expresado en los planes socialistas del gobierno (Plan Socialista Simón Bolívar 2007-2013 y el Plan de la Patria 2013-2019).

## Introducción

Desde la década de los ochenta en Venezuela se vienen desarrollando esfuerzos institucionales y luchas sociales a favor de la equidad de género y los derechos sexuales y 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, de mama y de próstata, alta incidencia de ITS y VIH/sida en jóvenes, significativos número de niñas, niños, 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 elaboración de los documentos de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (MSDS, 2003) respondía a la exigencia de adecuarlos al nuevo marco jurídico estatuido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), y al marco 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 (2000). Actualmente, responden tanto al Primer Plan Socialista de la Nación (Simón Bolívar 2008-2012), como al Segundo Plan Socialista de la Nación (Plan de la Patria 2013-2019), los cuales constituyen las bases fundamentales del proyecto de desarrollo que orienta los procesos de cambios en 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. El MPPS 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 para ese momento del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, significó 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 constituyó un medio para la profundización de los cambios institucionales a nivel del sistema público nacional de salud que esta política exige.

Estos documentos normativos incluyen las bases conceptuales y programáticas, el reglamento técnico administrativo y los procedimientos para el desarrollo de la misma. Se formularon con enfoque de género y construcción de ciudadanía para el reconocimiento, la 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 (2003) del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ha avanzado en la construcción

del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva. En la primera edición fue presentado en tres tomos:

Tomo I. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.

Tomo II. Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.

Tomo III. Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva.

En esta oportunidad se ha optado por presentar la publicación en un solo volumen para facilitar la consulta y el manejo cotidiano de estas herramientas. Al final se incorpora a este conjunto las Fichas Técnicas para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, diseñadas para apoyar 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 MPPS 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 experiencia 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, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización 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 de 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, bajo la coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección General de Programas de Salud la Fundación Misión Niño Jesús y el Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del MPPS.

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 que 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 N° 364 publicado en Gaceta Oficial N° 37.705 de fecha 5 de junio de 2003.

Este conjunto de documentos constituye un importante aporte para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud sexual y salud 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 las ciudadanas y ciudadanos 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 derechos reproductivos, que afirma una vez más el compromiso ético de las trabajadoras y trabajadores del sector salud de elevar la calidad de vida y salud de las familias venezolanas.

Gaceta No. 37705

# GACETA OFICIAL

DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CXXX — MES VIII

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 ésta materia será el Ministerio de Salud y Desarrollo Social a través de la Dirección General de Salud Poblacional.

Comuníquese y Publíquese,

MARIA LOURDES URBANEJA DURANT  
Ministra de Salud y Desarrollo Social



## Prólogo

Los lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva contenidos en este documento tienen el propósito de establecer las bases para desarrollar y promover la 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.

La primera parte (en la versión anterior identificada como 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 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 de la Niña, Niño y Adolescente, Programa Nacional de ITS-VIH/sida, el Comité Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, Programa Nacional de Lactancia Materna, así como los programas de oncología en lo relativo a prevención de cáncer cérvico uterino, de mama y de próstata y salud mental en lo referente a violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

El MPPS fundamenta la política en este ámbito en el abordaje integrador de salud sexual y reproductiva, el cual persigue el desarrollo placentero, responsable y seguro 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, restitutivos, rehabilitadores o de protección social, dirigidos a preservar la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres, etnias y pueblos indígenas, en todas las etapas del ciclo de vida, 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 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



# **I LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

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

Durante la década de los noventa, el área materna 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 aprobación en 1998 de la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (MSAS, 1998). Posteriormente, ese 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 del año 2000, la Coordinación de Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud Poblacional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) presentó la versión definitiva del mismo documento para una nueva edición, la 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, con énfasis en la mujer y en la procreación, que representaba un importante avance en estos temas.

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 política del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) se cimentó en el Plan Estratégico Social (PES 2001-2007), el cual fue 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 Salud 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 salud reproductiva, que define un campo específico de necesidades sociales inherentes a la condición de seres sexuados, es decir de derechos vulnerados en torno a 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 sigue presentando importantes déficit expresados 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 MPPS con el apoyo de UNFPA y la OPS/OMS, a la revisión y elaboración de estos 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. La presente reimpresión responde al fortalecimiento de los derechos de salud sexual y salud reproductiva que el MPPS mantiene dentro su política, con el apoyo de UNFPA, UNICEF y la OPS/OMS.

## 2. 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)
- 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, Ginebra, 2004
- Acción de las Mujeres de Beijing (PAM), Cairo +10 (2004) y Beijing +10 (2005)
- Reunión de Ministros de Salud, Panamá 2007
- Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, México 2008
- Reunión del Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Quito-Ecuador 2012
- Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Montevideo-Uruguay 2013.

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 para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (1998, actualizada en 2007)
- c. La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)
- d. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007)
- e. Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002)
- f. Decreto 1762 del Ministerio de Educación (1996)
- g. Ley Orgánica de Educación (2009)
- h. Ley Orgánica para la Igualdad y Equidad de Género: Declara como propósito establecer las bases normativas para el logro real y efectivo de la igualdad entre mujeres y hombres, sobre la base de la justicia como principio rector y la garantía de no discriminación, conforme a lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos o convenios internacionales suscritos y ratificado válidamente por la República.
- i. Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007). Resolución Conjunta de los Ministerios de Salud y del Trabajo y la Seguridad Social (N° 38.528, 2006)
- j. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras (LOTTT) (2012)

#### 2.2.1. 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)
- la 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 de 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 abordados 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 Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)**

La entrada en vigencia de esta ley 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..." (LOPNNA, Art. 50).

En este sentido, el artículo 124 de la LOPNNA define un conjunto de programas 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)**

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. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007)**

Tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.

### **2.2.5. 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. Está incorporada en la Ley Orgánica de Educación.

### **2.2.6. Ley Orgánica de Educación (2009)**

Tiene por objeto desarrollar los principios y valores rectores, derechos, garantías y deberes en educación que asume el Estado como función indeclinable y de máximo interés, de acuerdo con el principio constitucional y orientado por valores éticos y humanistas para la transformación social, así como las bases organizativas y de funcionamiento del Sistema educativo de la República Bolivariana de Venezuela.

### **2.2.7. Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007)**

Ha conseguido un notable progreso en la mejora de las prácticas de lactancia materna y alimentación del niño pequeño en el país. Venezuela figura entre los 32 países que han aprobado leyes nacionales que cubren el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM) en su totalidad. Esta ley favoreció el incremento de la práctica de la lactancia materna, como refleja el estudio de “Alimentación de niños y niñas en los dos primeros años de vida”, 2006-2008 del INN que pasó de 7% a 27,8%.

### **2.2.8. Resolución Conjunta de los Ministerios de Salud y del Trabajo y la Seguridad Social (Nº 38.528, 2006)**

Extiende el período de descanso por lactancia, a nueve meses contados desde la fecha del parto y 12 meses en situaciones especiales. Las madres trabajadoras se han empoderado de su derecho y se ha incrementado el ejercicio de la práctica de la lactancia materna durante el primer año de vida.

### **2.2.9. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras (LOTTT) (2012)**

En sus Artículos 330 a 347 reivindica los derechos laborales de las y los venezolanos, en particular los referidos a la protección de familia, maternidad y paternidad. Se establece que la práctica de la lactancia materna otorga a la mujer, a la familia y la comunidad la capacidad de decidir sobre la alimentación segura, natural, económica y de calidad inigualable para sus hijas e hijos y tomar así conciencia sobre los riesgos que puede ocasionar la alimentación con sustitutos de la leche humana, garantizando la continuación de la lactancia materna exclusiva y prolongada con alimentación

complementaria. Esta ley prolonga el permiso prenatal y postnatal a 26 semanas (antes eran 12). Se establece tener en el trabajo un centro de educación inicial que cuente con una sala de lactancia para que las trabajadoras amamenten a sus hijas e hijos, durante dos descansos diarios de media hora cada uno si está ubicado en su lugar de trabajo, o disfrutar de dos descansos diarios de hora y media cada uno si en el sitio de trabajo no hay sala de lactancia. Estos beneficios otorgados a la madre trabajadora superan las recomendaciones mínimas establecidas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), (N° 191, 2000).

### 3. La política de calidad de vida y salud

#### 3.1. Plan estratégico social

En la definición de un nuevo modo de construir las políticas públicas, específicamente de la política social, en el año 2000 el entonces 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.

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, 2002, pág. 2).

Para orientar los cambios de la nueva política social, el PES estableció 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] construidos 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. 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 requieren 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 emprendió el compromiso de promover la discusión y los 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 constituyen 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. Ésta 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, revelan 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 encuentra una total expresión en el Plan Estratégico Social, instrumento que direcciona la actual política de salud y desarrollo social desde el MSDS.

### 3.3 Planes Socialistas

#### 3.3.1 Proyecto Nacional Simón Bolívar

Es el Primer Plan Socialista (PPS) del Desarrollo Económico y Social de la Nación para el período 2007-2013, el cual propone profundizar los logros alcanzados por las líneas generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, con unas claras directrices en relación con:

1. La nueva ética socialista.
2. La suprema felicidad social.
3. La democracia protagónica revolucionaria.
4. El modelo productivo socialista.
5. La nueva geopolítica nacional.

6. Venezuela: potencia energética mundial.

7. La nueva geopolítica internacional.

La directriz que enfoca el ámbito de salud: “la suprema felicidad social”, tiene como objetivos:

- Fortalecer las capacidades;
- Reducir la miseria a cero y acelerar la disminución de la pobreza;
- Transformar las relaciones sociales de producción sustituyéndolas por relaciones socialistas basadas en la propiedad social básicas para el trabajo productivo;
- Promover una nueva ética, cultura y educación liberadoras y solidarias;
- Profundizar la solidaridad con los excluidos de América Latina y el Caribe.
- Y sus estrategias y políticas son: superar la pobreza y atender integralmente a la población en situación de extrema pobreza y máxima exclusión social a través de:
- Prestar atención integral a niños, niñas y adolescentes.
- Atender integralmente a adultos y adultas mayores.
- Apoyar integralmente a la población indígena.
- Promover el desarrollo humano familiar y socio-laboral.
- Fortalecer la accesibilidad a los alimentos.
- Brindar atención integral a la población con discapacidades.
- Profundizar la atención integral en salud de forma universal:
- Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la tasa de mortalidad materno-infantil en niños de uno a cinco años.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento.

### **3.3.2 Programa de la Patria 2013-2019**

El Segundo Plan Socialista de la Nación, Plan de la Patria 2013-2019, da continuidad a los planes y programas de la Revolución Bolivariana y Socialista en las últimas dos décadas. Busca concretar y operativizar (2013-2019) los objetivos supremos fijados en la utopía robinsoniana y bolivariana.

Dentro del II. Objetivo histórico: CONTINUAR CONSTRUYENDO EL SOCIALISMO BOLIVARIANO DEL SIGLO XXI EN VENEZUELA, se expresa la construcción de una sociedad igualitaria y justa, para lo cual se requiere el desarrollo de un sistema de prevención, protección y seguridad social, siendo necesario avanzar en la transformación social radical, para la revolución. Entre los aspectos más relevantes para el objetivo de este trabajo, destacan: Profundizar las condiciones que aseguren para la familia venezolana la mayor suma de seguridad social y suprema felicidad, a partir de valores y principios de respeto, igualdad, solidaridad, corresponsabilidad, enmarcada en la justicia social como esencia de la construcción del socialismo (2.2.2.), donde se engloba la participación en el ámbito de SSR, específicamente en el 2.2.2.16: Asegurar la salud de la población, a través de la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, sobre la base de la profundización de Barrio Adentro, el Poder Popular y la articulación de todos los niveles y ámbitos del sistema de protección, promoción, prevención y atención integral a la salud individual y colectiva. Se espera:

- a. Aumentar en 100% la cobertura poblacional de atención médica integral, en Atención Primaria con Barrio Adentro I y II, y Atención Especializada con Barrio Adentro III y IV;

- b. Reducir la mortalidad materna en 37,3 por cada 100.000 nacidos vivos.
- c. Reducir la mortalidad en niños menores de 5 años a 11,7 por cada 1.000 nacidos vivos.
- d. Asegurar una alimentación saludable y una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, soberanía y seguridad alimentaria, con el incremento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en un 70%.

## 4. 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 biopsicosociales 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 conjunto 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 todas y todos, 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.

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, los roles, la 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 seres humanos somos también seres sociales e históricos, todo lo referido a la sexualidad está determinado por estos factores. Así, la cultura incide en la 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 moldeando los comportamientos de género. Género y sexualidad son conceptos íntimamente relacionados, pero el género es una categoría más incluyente.

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 tener hijos –cuándo, cuántos y en qué condiciones– o 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, 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 sobre determinaciones 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 qué 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..." (Huggins, 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 diferenciales de índole biológica –desarrollo de la función sexual y reproductiva–, psicológica –pensamientos, deseos, comportamientos, afectos, emociones, etc.– y social –relaciones interpersonales, roles, etc.–, 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 la importancia de la sexualidad en su sentido amplio, así como de su 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 biopsicosociales 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, 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 cuando se refiere a la sexualidad se denomina desarrollo psicosexual. Éste 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, en la adolescencia y juventud, en la vida adulta y en el adulto y adulta mayor, entendiendo que sus experiencias y manifestaciones 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, adultas/os 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/o la capacidad de procreación.

Entendiendo la naturaleza biopsicosocial e histórica de la misma desde un enfoque de ciclo vital, es importante visualizar la naturaleza del daño respecto al desarrollo psicosexual 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.

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..." (Huggins, 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, 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 aun 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, 1991).

De este modo, 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, exaltando las conductas audaces y violentas, mientras que para las niñas las pautas son restrictivas, indirectas, negadoras de su cuerpo, genitales, considerando "peligrosas" las expresiones de su sexualidad y aceptando las manifestaciones afectivas. Se erige así una doble moral sexual que acepta unas expresiones para unos y las niega para las otras.

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 y 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, la afectividad y la 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 que la salud sexual es independiente de la procreación, es definida como la experiencia de un proceso permanente de consecución de 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 a 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 cérvico-uterino, mamario y de próstata, la violencia y el abuso sexual, las complicaciones perimenopáusicas y las afecciones de la salud sexual del adulto y la 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, 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 que han sido expuestos por la psicóloga y pedagoga Mari

Ladi Londoño (Derechos sexuales y reproductivos, 1996). 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 a 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 ciudadanas y ciudadanos en el diseño, la 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 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; 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 pueden 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, aun intentando ser enfrentados desde la óptica materno-infantil.

## 5. Una mirada a la salud sexual y reproductiva en Venezuela

### 5.1. Aspectos demográficos

Para el año 2011, de acuerdo al Censo Nacional, la población venezolana está constituida por 27.227.930 millones de habitantes, de los cuales más de la mitad son jóvenes, 13.678.178 son mujeres y 13.549.752 son hombres. La población de niños, niñas y adolescentes menores de 19 años alcanza 37% de la población (INE, 2011).

Entre el Censo 2001 y el Censo 2011, la población venezolana creció aproximadamente 4 millones 140 mil habitantes.

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 Nueva 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 79,20 años para 2011, lo que significó un incremento de 21,47 años en 21 años. Por sexo para 2011 se desagregaba en 82,40 años para las mujeres y 76,10 para los hombres. Este aspecto ha repercutido en la visibilización del envejecimiento en la estructura poblacional, y así el grupo de adultas y adultos mayores de 65 años y más, representa cerca de 9% de la población total.

Venezuela experimenta un crecimiento interanual de 2,03%, uno de los más altos de la región, muy por encima del nivel deseable de 1% anual mencionado por Naciones Unidas.

Otro aspecto de significativa importancia es el progresivo y sostenido descenso de la fecundidad 2,40 hijas/os por mujer en edad fértil en 2011-, 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, 2011). Del mismo modo, la tasa de natalidad se ubicó en 20,40 (INE 2011).

También la tasa de mortalidad general es de 4,80 fallecidos por x 1.000 hab., presentando un progresivo ascenso (INE, 2011) Las causales de muerte más frecuentes son las enfermedades del corazón 29,7%, seguidas de cáncer con 21,18%, enfermedades cerebro-vasculares 10,64% y luego accidentes de todo tipo con 9,8% de los casos de mortalidad diagnosticada por médico tratante o forense (MPPS, Anuario de Mortalidad, 2010).

### 5.2. Principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva

La población en edad fértil es 9.158.815 mujeres, las que superan el 25% de la población total (INE, 2011) La cobertura de atención prenatal alcanza el 62,00% aun cuando en la mayoría de estos no se cumplen los controles normados (MPPS, 2012).

El control tardío se estimó en 75% de las mujeres de menor nivel educativo y en 24% de los nacimientos de adolescentes (MPPS, INE 2011). 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 destacan: 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**

La tasa de fecundidad se ha reducido de 6,4 hijos por mujer (Censo 1950) a 2,4 hijos por mujer (Censo 2011), sin embargo, los datos de la encuesta ENDEVE (2010) revelan que la tasa en las adolescentes mantiene una tendencia mantenida hacia el incremento: 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 que en el 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.

Con respecto 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. Para 2010 en estas zonas y en las ciudades de menos de 25.000 hab. este indicador registró entre 3,0 y 3,9 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 es de 1,90.

La misma tendencia se reproduce en la edad de las primigestas. Así, 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 con menos de 25.000 hab. esta cifra disminuye a 68% y en el área metropolitana es de 51% (UNFPA, 2001). En general, para 2001 el 50,9% de los nacimientos se registraron en mujeres menores de 24 años, manteniéndose la tendencia a la baja. 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 hombres y mujeres en las 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**

La población adolescente, 5.720.154, representa el 19,76% de la población total. Las adolescentes de 15 a 19 años constituyen el 15% de las mujeres en edad fértil (INE, 2011).

Venezuela mostró una tendencia a la baja en la tasa de fecundidad, sin embargo, el grupo adolescente no mostró 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 menarquia, según Fundacredesa, era 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, realizado a partir de la ENPOFAM (1998) arroja importantes conclusiones: 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 4% y sólo 1 de cada 5 ha sido madre antes de los 20. Más de 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. El riesgo de embarazo temprano es 3 a 4 veces mayor entre quienes no tienen acceso a la educación formal. 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. En muchos casos el embarazo es deseado frente a la falta de oportunidades y 80% de ellas aspiró a tener hasta 4 hijos (Angulo, 1995). Según datos de ENDEVE 2010, 90% de las jóvenes entre 15 y 19 años desearía tener más hijos, lo cual comienza a disminuir en los años subsiguientes, mientras que en contextos urbanos las adolescentes más 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%, DIU 80%, e inyectables 55%), pero apenas 8% revela haberlos usado y sólo 5 los usa actualmente. Los métodos más recurridos por las jóvenes entre 15 y 19 años son las pastillas, 64% el retiro 17% y el preservativo 19% (ENDEVE 2010) y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre 15 y 19 años es de 0,25%. El uso de anticonceptivos en adolescentes es más frecuente en la zona metropolitana de Caracas. La causa más 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 (68%) los obtienen en las farmacias (Freites y Di Brienza, 2000).

Para el año 2011, el INE registró 24% de los nacidos vivos registrados (NVR) de madres menores de 19 años. Aun cuando es conocido que existe un significativo subregistro, se observa un lento pero sostenido ascenso de 21,10% en 2001 a la cifra actual (INE, 2011). Las cifras continúan por encima de 20% situando a Venezuela entre los países de la región 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 noventa la mortalidad por causas obstétricas en este grupo alcanzó el tercer lugar del total de muertes. Actualmente ocupa el 7° lugar en morbimortalidad por esta causa. La contribución de las adolescentes a la mortalidad materna global es significativa, alcanzando 40,26% para 2001 (MSDS, CPCMMI, 2001) siendo el embarazo adolescente un importante factor de riesgo. La mortalidad infantil se estimó en 33% mayor en hijos de adolescentes.

*El Anuario de mortalidad* (MPPS, 2010) reporta un total de 412 muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio, de las cuales 17,47% ocurrieron en nuestras adolescentes, registrando 6 muertes en el grupo 10 a 14 años y 66 de 15 a 19 años de edad. Además, las principales causas de muerte por afecciones obstétricas en nuestras adolescentes son enfermedades maternas que complican el embarazo, parto y puerperio,

en el siguiente orden: 23 casos (32%) edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16); 22 casos (31%) otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99); 6 casos (8,33%) complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92), y 4 casos (5,5%) atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48). La implantación del Protocolo de atención integral de las y los adolescentes contribuirá al cumplimiento de la Iniciativa Maternidad Segura en los países de las Américas, con el propósito de contribuir con la reducción de la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

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 y Castillo, 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 de los embarazos sucesivos y sus consecuencias.

El grupo de adolescentes de 15 a 19 años representó el 20% de los casos de ITS, con 22% en varones y 17% en hembras (ENDEVE 2010). En relación con el VIH y la población adolescente no existen actualmente estudios de prevalencia de VIH y otras ITS en esta población.

La evidencia más reciente sobre sus conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH data del año 2008 y corresponde a la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento (EVC) sobre VIH, sida e ITS, aplicada a 606 adolescentes y jóvenes entre los 12 y 24 años de edad, en Caracas, Distrito Capital; Valencia, estado Carabobo; Maracaibo, estado Zulia; Mérida, estado Mérida; Altigracia de Orituco, estado Guárico y Araya, estado Sucre (UNFPA, ONUSIDA y ACSOL, 2008). Algunos resultados de la encuesta indican lo siguiente:

- La edad promedio del inicio sexual del grupo resultó ser es de 15 años, siendo más temprana en el caso de los varones (14 años) en comparación con las mujeres (16 años).
- El 29% de los hombres encuestados afirmó usar el condón sólo “algunas veces” y una cifra semejante afirmó no utilizarlo nunca. En el caso de las mujeres, 25% declaró utilizar el condón “sólo algunas veces”, y 39% declaró que no lo utilizaba nunca. No se presentaron resultados sobre uso de condón en relaciones de alto riesgo.
- Solamente 3% de la muestra (8 personas) han utilizado alguna vez el condón femenino.
- Cerca de 25,0% del total de la población encuestada se ha realizado una prueba de VIH.

La violencia social, 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. La población joven es la principal víctima y a su vez victimaria de la violencia. En relación a la violencia social, el número de víctimas es tres veces mayor en la población joven masculina que en el resto de la población y 83% de las víctimas provienen de hogares pobres. Así, la violencia social, además de un problema de salud pública, se constituye en una carga social para las mujeres pobres.

Aunque no se cuenta con un sistema de registros que ilustren la magnitud del problema y muchas situaciones de violencia tienden a no ser reportadas y registradas (sobre todo si se trata de violencia sexual), se conoce que:

- a) según el CICPC entre los años 2005 y 2008 los casos de delitos sexuales hacia

menores de 18 años estuvieron en un promedio de 2.500 (unos siete casos diarios) por año; 400 casos en promedio corresponden a víctimas de sexo masculino y alrededor de 2.000 casos (80%) al sexo femenino, es decir, de las denuncias de violencia sexual hacia personas menores de 18 años, más del 80% de las violaciones y situaciones de abuso sexual son de niñas y adolescentes femeninas;

b) algunos estudios de carácter cualitativo apuntan hacia la explotación sexual como un fenómeno social que afecta particularmente a las mujeres y que tiende a iniciarse en la adolescencia.

La existencia de mecanismos legales e institucionales para hacer frente a estos problemas de la adolescencia representa un avance pero aún queda por hacer. Recientemente, el MPPS ha creado protocolos de procedimientos para la atención a las víctimas de la violencia con énfasis en la basada en género y protocolos de atención integral a la adolescencia, indicando los pasos a seguir en casos de violencia.

Con la entrada en vigor de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y de la LOPNNA, se estatuyen el derecho a información, educación y servicios en salud sexual y reproductiva de adolescentes. No obstante, en este grupo prevalece la ausencia de cultura de derechos sexuales y reproductivos. 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 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: 93% de las mujeres adultas los conoce y 47% de las mujeres de 15 a 49 años usan algún contraceptivo, con la siguiente distribución: 26% esterilización quirúrgica femenina –esta cifra incluye las mujeres histerectomizada–, 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 ser considerado como un método anticonceptivo). Estas cifras revelan un uso elevado de la esterilización quirúrgica, la cual prevalece frente al bajo acceso a otros métodos y una baja participación masculina en la anticoncepción (ENDEVE, 2010) (UNFPA).

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, con un progresivo debilitamiento de los mismos asociado a la reducción de la distribución de anticonceptivos.

Desde 1999 y con la creación del PNSSR en el año 2000, esta situación se ha ido corrigiendo. Actualmente la provisión incluye una amplia variedad de anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, preservativos y la anticoncepción de emergencia, que se ha traducido en un incremento de la cobertura de planificación familiar que ha llegado a 22,16% (MPPS, 2012).

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 el 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 2002 se realizó un diagnóstico cuyos resultados siguen vigentes. El mismo reveló que a 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). Un problema importante es la no inclusión del hombre en la anticoncepción, ya que solo 7% de la consulta de Planificación Familiar es de población masculina. De la oferta de planificación familiar sólo 3% corresponde al uso del condón, único método usado por el hombre. La distribución de preservativos femeninos y masculinos es baja y está compartida con el Programa Nacional de ITS/sida, principalmente dirigida a los grupos de riesgo de estas enfermedades.

Para 1998, según EMPOFAM, la mayoría de las mujeres adultas y adolescentes accedían a contraceptivos a través de las farmacias (67%), instituciones públicas 17%, no incluyendo la esterilización, la cual se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, y 15% en establecimientos privados.

Desde 1999 a la fecha, la participación del sector público en acciones de planificación familiar se ha incrementado de manera significativa, destacándose: el fortalecimiento de la provisión de diversos métodos anticonceptivos desde el nivel central y en las 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. Dentro de la red hospitalaria del país y en el marco del Plan Bolívar 2000, el Programa PESA y otros operativos realizados por la FANB.

En el marco del Programa de País 2009-2014, el MPPS con la cooperación técnica de UNFPA está desarrollando dos proyectos de relevancia con metas a mediano plazo orientados a promover y fortalecer la atención en salud sexual y reproductiva:

a) Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva:

Este proyecto se orienta a fortalecer la capacidad técnica del MPPS para garantizar y elevar la calidad de atención en SSR, incidiendo en capacidades para reducir la mortalidad materna, la atención integral de las y los adolescentes, los embarazos no planificados, la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual y las ITS-VIH/Sida.

b) Establecimiento del Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos:

Se orienta al fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, a través de la implantación y el desarrollo de un Sistema de Logística de Insumos Anticonceptivos (SILOGIA).

### 5.2.4. Mortalidad materna e infantil

La mortalidad materna e infantil es uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia y de interés prioritario para el país, por lo que el presidente de República, Comandante Hugo Rafael Chávez Frías, crea en 2009 la Misión Niño Jesús y el MPPS define en 2010 la Estrategia de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno Infantil.

El nivel de **mortalidad materna** tuvo un promedio de 63,77 muertes por 100.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010, alcanzando en 2012 a 63,57 (dato preliminar) (SIVIGILA; 2012 MPPS). La tasa de **mortalidad infantil** ha continuado su descenso

paulatino, alcanzando a 15,08 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2010. Entre 1998 y 2008, la prevalencia de desnutrición según peso-edad en menores de 5 años disminuyó de 5,3% a 3,7%, iniciando su reducción en relación con las políticas alimentarias aplicadas a partir del año 2003.

A pesar de los esfuerzos realizados, la revisión de planes, programas y proyectos muestra cifras de la mortalidad materna que no se condicen con el derecho humano de ejercer la maternidad en forma segura y que, además, no son admisibles con el grado de desarrollo humano del país.

Las muertes maternas tienen una marcada distribución social y territorial en Venezuela. Estudios del Ministerio del Poder Popular para la Salud muestran que la tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y es más alta en las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo y de bajo nivel educativo (MPPS, Dirección General de Epidemiología, 2010).

La **mortalidad infantil** en Venezuela está completamente desplazada hacia los primeros 28 días de vida (**mortalidad neonatal**), que abarca el 71,8% de los fallecidos. Incluso se puede decir que las cifras de mortalidad de 28 días a 11 meses (**post-neonatal**) son aceptables para una tasa de mortalidad infantil inferior. De estos hechos, junto a la situación relacionada con la morbi-mortalidad materna, se aprecia que los principales problemas están relacionados con los aspectos perinatales, a pesar de que el índice de nacimientos institucionales llegue a más de 95%.

Las causas de muerte infantil son: afecciones originadas en el periodo perinatal (60,54%); anomalías congénitas (19,58%); accidentes (4,20%); Influenza y neumonía (-3,5%); enfermedades infecciosas intestinales (3,98%); deficiencia de nutrición (1,43%), que corroboran lo antes dicho, con bajas tasas de mortalidad relacionadas con periodos posteriores al neonatal, e incluso seguramente relacionados, en gran medida, con la supervivencia de situaciones vinculadas al perinatal.

Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes se encuentran las principales complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, que representan 93% de **mortalidad materna**; edema proteinuria y trastornos hipertensivos 27%, y embarazos terminados en abortos 10%. La mayoría de estas son condiciones perfectamente detectables y controlables con control prenatal adecuado 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 2012 superaba 97% y que 62% de los nacimientos reciben atención prenatal. Sin embargo, el MPPS ha reportado alta concentración de parturientas en los centros hospitalarios en servicios especializados agotando la capacidad de respuesta de los mismos (OPS, 2010). 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 como causas que inciden negativamente en el desarrollo perinatal.

Para 2012, más de 96% de los partos ocurrió en los establecimientos de salud, atendidos por personal calificado. Los partos en casas particulares se mantienen todavía en un porcentaje bajo en las poblaciones indígenas y poblaciones dispersas.

La relación entre causas y muertes acusa la baja calidad de los cuidados obstétricos esenciales. Otro aspecto relacionado es la alta incidencia de cesáreas a nivel público (38%, 2012); en el sector privado el porcentaje supera más de 90%, determinando complicaciones en embarazos y partos posteriores, por ejemplo, aumento del porcentaje de acretismo placentario y placenta previa, entre otras. 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, 1988; Huggins, 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 no planificados e 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 10% (MPPS, 2010).

El estado venezolano ha reconocido que este es un problema de salud pública y se comprometió a la erradicación de los casos. La política actual del MPPS 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 que se incorpore la atención terapéutica de los casos especiales de embarazos por violación, incesto, alteraciones del desarrollo intrauterino, alteraciones 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 MPPS instaló el Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil. Es una instancia intersectorial que diseñó y ejecutó el Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, promoviendo y evaluando esta iniciativa a nivel regional, la cual en 2011 se transformó en la Mesa Técnica de la Misión Niño Jesús, integrando a todos los entes prestadores de servicios de salud.

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 de abrigo comunitarias, entre otros logros que han contribuido a impactar en estas condiciones.

### **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, candidiasis y tricomoniasis (vulvovaginitis), las cuales son infecciones comunes, seguidas por la infección gonocócica, en tercer lugar el VPH, y la sífilis. Las tendencias muestran importante incremento de los registros de candidiasis y tricomoniasis, infección gonocócica, VPH y herpes genital.

En el año 2000 se observa un aumento a 36.969 casos registrados de ITS con respecto al año 1999 con 19.386 casos.

#### **5.2.6. El VIH/sida en Venezuela**

La epidemia de VIH en Venezuela se inició con el reporte del primer caso en 1982. Desde ese momento se inicia la notificación de casos, aunque fue en 1986 cuando se declara obligatoria esta práctica. Durante estos años han sido notificados 131.512 casos: en los últimos diez años se han notificado 82.790 casos. Desde el inicio de la epidemia la mayoría de los casos han ocurrido en personas del sexo masculino, aunque en la última década los casos en mujeres han aumentado (ver cuadro 1).

**Cuadro 1**

**Casos nuevos reportados según sexo. Venezuela, 2003-2012**

Años	Masculinos		Femeninos		Total
	N°	Tasa	N°	Tasa	
2003	2.545	19,73	1.107	8,67	3.652
2004	3.145	23,96	1.408	10,83	4.553
2005	3.069	22,99	767	5,79	3.836
2006	9.884	80,00	1.913	20,00	11.797
2007	4.869	32,85	1.217	18,25	6.086
2008	5.482	81,59	1.833	27,62	7.315
2009	8.725	61,67	2.487	20,13	11.212
2010	9.226	63,82	2.443	16,99	11.669
2011	8.976	61,18	2.513	17,21	11.489
2012	8.945	62,17	2.236	15,35	11.181
<b>Total</b>	<b>64.866</b>	<b>-</b>	<b>17.924</b>	<b>-</b>	<b>82.790</b>

Se estima que la epidemia en Venezuela es de tipo concentrada, con una prevalencia en la población general menor de 1%, específicamente 0,6% en adultos según las estimaciones de ONUSIDA de julio de 2012. No se tiene evidencias recientes sobre la prevalencia en grupos específicos como HSH o TS, ya que no se han logrado ejecutar los estudios de prevalencia diseñados por el MPPS, ni se conoce el tamaño real, lo cual ha sido determinado como una necesidad para abordar con el PEN 2012-2016.

Se conoce que la mayoría de los casos y muertes ocurren en hombres y mujeres jóvenes. Aproximadamente 40% de las muertes se produjeron entre los 20 y los 34 años, ocurriendo 4,5 muertes en hombres por cada muerte en mujeres. El cuadro 2, muestra las muertes ocurridas en los últimos 8 años distribuidas por sexo, y es importante destacar que para el año 2010 la mortalidad por enfermedad por VIH (Códigos CIE-10 B20-B24) ocupaba el puesto 14 entre las 25 primeras causas de muerte en el país, representando 1,32% del total de causas diagnosticadas para ese año.

**Cuadro 2**

**Mortalidad por VIH/sida según año y sexo. Venezuela, 2003-2010**

Años	Hombres	Mujeres	Total
2003	1.019	248	1.267
2004	1.097	299	1.396
2005	1.145	333	1.478
2006	1.187	380	1.567
2007	1.288	382	1.670
2008	1.223	409	1.632
2009	1.327	408	1.735
2010	1.380	450	1.830
<b>Total</b>	<b>9.666</b>	<b>2.909</b>	<b>12.575</b>

El diseño y la ejecución de las políticas de salud en la República Bolivariana de Venezuela es responsabilidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud y lo

hace cumpliendo lo establecido en la legislación venezolana, los planes nacionales de desarrollo y los acuerdos internacionales suscritos por el país. Pero todo ello se realiza con el propósito de materializar la salud como “un derecho social fundamental” que es obligación de Estado y que debe garantizarse como parte del derecho a la vida, como está dispuesto en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Es importante destacar que el MPPS entrega tratamiento antirretroviral y para infecciones oportunistas con acceso universal y gratuito para todos los pacientes que reúnen los criterios clínicos y de laboratorio establecidos por la OMS.

### **5.2.7. Cáncer ginecológico**

Las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de muerte en 2010, manteniendo 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 ginecológico: de mama y cérvico uterino, ocupan el primero y segundo lugar de tumores malignos, respectivamente. En el año 2010 fallecieron 10.269 mujeres por todos los tipos de tumores malignos: por cáncer de mama ocurrieron 1.697 muertes en mujeres, situándose en el primer lugar de muertes por tumores en el sexo femenino, lo cual representa 16,53% de muertes por tumores en la mujer, teniendo una incidencia por tumores en la mujer venezolana, con 4.073 casos, con una T.Cr = 11,80 x 100.000 mujeres para 2010. Se observa el progresivo aumento de los casos por cáncer de glándula mamaria durante el quinquenio 2006-2010. Para 2006 se presentaron 3.499 casos y en el cierre de 2010 se registraron 4.073 casos.

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muertes, con 1.516 casos reportados durante 2010 (cifra más reciente del Programa de Oncología-Registro de tumores). El mayor riesgo se presenta en el grupo de edad entre 25 y 64 años y se asocia a 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.

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

### **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. Una de los principales enfermedades que los afectan es el cáncer de próstata, el cual requiere de acciones preventivas para elevar la cobertura del diagnóstico precoz.

En el año 2010 ocurrieron 10.916 muertes por todos los tipos de cáncer en el hombre. El cáncer de próstata ocupó el primer lugar de muertes por tumores en el hombre con 2.250 defunciones, con una Tasa cruda (T.Cr) = 15,56 x 100.000 varones, para ese mismo periodo la morbilidad del cáncer de próstata era de 5.152 casos ocupando el primer lugar en la morbilidad por tumores en el hombre., siendo la tasa cruda (T.Cr) = 35,64 x 100.000 varones.

### **5.2.9. Educación sexual**

En relación con la educación sexual en Venezuela, se observan avances importantes como es la elaboración y puesta en práctica de las líneas curriculares para la sexualidad

en el subsistema básico de educación (MPPE). La reforma de los programas educativos realizada en 2010 incorpora desde la educación maternal hasta el bachillerato completo; así mismo, el sistema de computadoras personales Canaimas entregadas a grupos de niñas y niños escolarizados y los textos de la Colección Bicentenario tienen un contenido importante de educación para la sexualidad, adaptado al nivel de entendimiento de los usuarios de los mismos.

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 no escolarizados, orientación a adolescentes, entre otros ejecutados por instituciones como Defensoría del Pueblo, MPPE, MPPC, entre otros y las organizaciones no gubernamentales (ONG) del área, los cuales han realizado una importante labor de difusión de información y educación a través de programas de formación de promotores y preventores juveniles de salud sexual y reproductiva, orientación a adolescentes, facilitadores de salud, prevención del embarazo adolescente y salud sexual y reproductiva, así como de prevención y atención de la violencia de cualquier tipo (doméstica, extra familiar y sexual).

El MPPE y el MPPS están trabajando en la elaboración de un proyecto para la capacitación de las y los docentes a nivel nacional, que permita contar con conocimientos y prácticas para la difusión de la información sobre sexualidad en las aulas escolares.

También en el marco de los Planes Socialistas del País (2003-2007, 2007-2012, 2013-2019) el MPPS en coordinación con el sistema de Naciones Unidas en Venezuela están desarrollando interesantes proyectos en esta área:

Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para la FANB. 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 la FANB, desde el año 2008 se incluyeron los contenidos de SSR en los programas de formación de oficiales y centros de adiestramiento militar para tropa alistada y profesional.

Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Desarrollado con el INCE se capacita a las y los instructores de los cursos de larga duración en la prevención de ITS-VIH/sida y violencia de género, construyendo capacidades para acciones educativas.

### **5.2.10. Género, violencia y derechos**

La violencia doméstica 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 Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) y la Ley Orgánica para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes prescriben acciones de prevención, protección, atención y sanción de los casos que involucra al sector salud. Esto ha conducido a visibilizar 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 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 intrafamiliar y de género, por lo que se asumen como referencia algunos estudios realizados por instituciones de relevancia nacional.

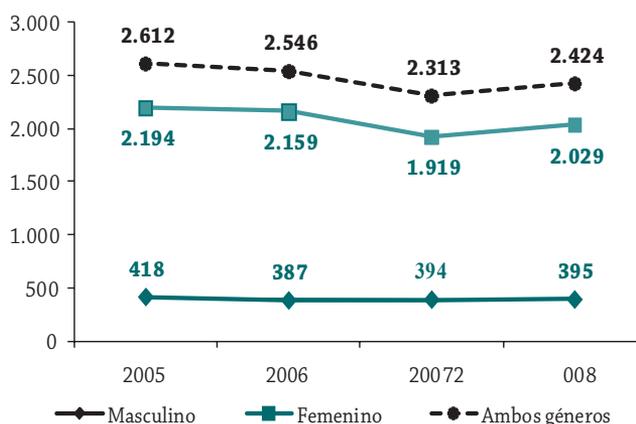
De acuerdo a la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de la Seguridad

Ciudadana realizada en 2009 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), de 1.926.719 hechos delictivos ocurridos entre julio de 2008 y julio de 2009, 38% (692.703 delitos) tuvo como víctima a una mujer, 4.483 casos fueron tipificados como abuso sexual, 3.600 homicidios, 25.434 lesiones personales y 44.085 como amenazas. Según estos datos (ENVPSC) estimamos que 12 mujeres al día sufren abuso sexual, en su mayoría mujeres jóvenes. Las cifras oficiales disponibles de casos conocidos en menores de 18 años muestran que para 2008 se registraron 2.424 delitos sexuales de los cuales las víctimas fueron mujeres en 2.029 casos.

**Gráfico 1**

**Casos conocidos de delitos sexuales en menores de 18 años. Venezuela, 2005-2008**

Fuente: CICPC.



Las medidas institucionales diseñadas para enfrentar la violencia contra la mujer son:

a) El **servicio 0800Mujeres**, creado en 1999 como una línea telefónica de atención primaria psicológica, gratuita, de cobertura nacional, que funciona las 24 horas los 365 días del año.

El servicio 0800Mujeres reporta que entre 2001 y 2008 se atendieron más de 5.000 llamadas por año, y desde 2008 más 11.000 llamadas por mes. Desde enero de 2009, con una nueva plataforma en funcionamiento, el promedio de llamadas oscila entre 17.000 y 20.000 llamadas por mes.

Los primeros años fueron exclusivos para denuncias de violencia intrafamiliar.

Desde 2000 a 2007 el motivo principal es la violencia. En el año 2000 apenas superó el 40% del total de las llamadas; del año 2001 al 2004 alcanzó más del 70% de llamadas; para el 2005, cuando comienza un nuevo ciclo, las llamadas por denuncias de episodio de violencia se estabilizan en 60%.

Actualmente se ven otras denuncias y orientaciones: del total de llamadas relevantes la mitad tiene como motivo principal la orientación (en distintas áreas), alrededor de un tercio llama para solicitar información general, un poco más de 10% se buscan asesoría legal y sobre la violencia de género. Una de cada 100 llamadas requiere intervención de los organismos competentes.

b) La creación de la **Defensoría Nacional de la Mujer** (2001) deriva de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1999), como instancia jurídica de INAMUJER en la defensa de sus derechos. Han sido atendidas 21.553 personas en las áreas de violencia.

c) Creación de las **Casas de abrigo**, atendidas por personal especializado para recibir mujeres en riesgo inminente de muerte por violencia familiar. Se registra que se han salvado 184 vidas de mujeres, 155 niñas y 135 niños (MPPMIG, 2012).

El Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (CIES-UCAB) 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, la niña o el adolescente, exponiéndolo a nuevos maltratos y también exponiendo al denunciante.
- Fue bastante generalizada la opinión acerca de los riesgos que corren las niñas, niños y adolescentes con madres que trabajan, especialmente cuando estos no están incorporados al sistema escolar y por tanto más expuestos a diversas amenazas de violencia y abuso.

## **6. 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 estos, la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM, Beijing, 1995) constituyen hitos que significaron un viraje en los enfoques anteriores para atender estos temas dado que 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, que en su mayoría abarcan áreas tales como: ejercicio de la sexualidad, planificación familiar, salud de la mujer, salud 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 las y los adolescentes, violencia intrafamiliar 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 incluyeron 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 países, entre los que se encuentran Cuba, Chile, Argentina, Ecuador, Colombia, 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.

#### **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 el Hospital José María Vargas del Instituto Venezolano

de los Seguros Sociales (IVSS) de La Guaira, y la Maternidad Concepción Palacios en 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, en 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 cérvico-uterino.

La AVPF logra establecer 223 clínicas, 118 en establecimientos del MSAS y 5 en establecimientos del IVSS.

Para 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 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 con otros organismos.

En 1977 se inician en el Aula Magna de la Universidad Central de Venezuela (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 ochenta 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 abordado 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. Ese mismo año, por resolución ministerial se creó la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida. En 1985 el Ministerio de la Juventud instituyó el Programa 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 de mayor impacto a nivel nacional dirigido a la familia, como fue el Programa de Multihogares y Hogares de Cuidado Diario. Los COF también pasaron a depender de esta instancia.

En los años noventa las demandas por cambios en estos temas se profundizaron con el desarrollo ascendente de los movimientos sociales, conjuntamente 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 aun 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 a 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, ampliamente concertado, 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. Ese 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) que poco más adelante 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 político ideológicos 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 que 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 esa década, 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 como internacional. Se fortalecen las debilitadas instancias gubernamentales dedicadas a la SSR, se asumen nuevos compromisos con los programas de acción de El 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 la redacción en ese 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 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 de 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 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. En este contexto se plantea el fortalecimiento del

área, la institucionalización del programa y la revisión de los instrumentos normativos para impulsar el cambio paradigmático e instrumentar 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 cual implica un abordaje integrado del binomio madre-hijo, focalizado en los procesos de embarazo, parto, puerperio y el crecimiento y desarrollo de su resultado: el hijo y la 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 numerosas vidas.

### **6.2.2. De programas verticales a servicios integrales**

Desde hace más de una década los países del mundo vienen avanzando en reformas jurídicas e institucionales con el 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: 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 los costos y beneficios. Otra parte del problema radica en la dificultad de enfrentar los determinantes estructurales, debido a su naturaleza socioeconómica y los componentes psicosociales asociados a los mismos, los cuales difícilmente son tocados desde la lógica de la enfermedad.

Se inicia así la instrumentación de programas de salud reproductiva que intentaban articular respuestas integradoras y trascender la lógica materno-infantil. 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 salud reproductiva– también resultaron reduccionistas, anacrónicos y excluyentes del hombre de estos procesos, así como

negadores de la dimensión erótico-afectiva de la salud sexual. De este modo se amplió el 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, 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 plantea el PES, se consideraba que las ofertas de los servicios desconocen las necesidades de la población. Para solventar esta contradicción se establece como prioritario el diagnóstico de las necesidades para así reducir las brechas de inequidad entre la demanda que la satisfacción de las mismas exige y los derechos vulnerados. Así mismo se 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 expresados en brechas de inequidad por territorios y clases sociales; en consecuencia, las ciudadanas y ciudadanos se han visto limitados para el desarrollo autónomo de su 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 en servicios de atención integral de la SSR para la atención de la demanda en función de 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 en la 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, de mamas y de próstata, así como de 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 interrupción 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 adultas y adultos mayores.

## 7. 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 la revisión de los instrumentos normativos del año 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 fue mencionado, 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 en 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 ciudadanas y ciudadanos. 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 asegurar los 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 particular en lo concerniente a salud sexual y salud 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, cáncer de mama y de 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 dirigido 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 estos. 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 las hijas e hijos, 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.

De este modo, los servicios de SSR deben incluir una oferta de respuestas y actividades que aborden a usuarias y usuarios de manera integral a nivel individual, familiar y comunitario, desarrolladas en el contexto de redes sociales y de salud articuladas. Esto implica atender sus necesidades específicas a lo largo del ciclo vital, de acuerdo a 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 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, pre-requisitos 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 todas y todos, 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 déficit en la atención en SSR, expresados en la exclusión de los servicios del hombre, de las y los adolescentes y del adulto mayor. 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 con 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 con 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, con el 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 está enmarcado 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 y 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 usuarias y usuarios.

## **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 les 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, la 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 socioeconómicas 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.

Pueden 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 son 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 de los servicios de los hombres, las niñas, niños y adolescentes, y las y los adultos mayores. 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 todas y todos, individual y colectivamente, para el disfrute de un ejercicio sexual, maternidad y paternidad sanos, responsables, de forma voluntaria y sin riesgos.

### **7.4. El ámbito de salud sexual y reproductiva**

El funcionamiento en Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA) 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, de mama y de 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, con 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, lo cual 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, con el fin de contribuir a asegurar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y preservando el desarrollo la autonomía y el 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 contra-referencia, 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 el 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, con el 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 y 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 priorizaciones para la investigación, de acuerdo a necesidades específicas según la 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

1. Promoción de calidad de vida y salud como la gran estrategia paraguas.
2. Abordaje de ciclo vital y proyectos estratégicos
3. Desarrollo de autonomía
4. Empoderamiento
5. Transectorialidad/Redes sociales y de salud
6. Fortalecimiento de la atención primaria
7. Integralidad
8. Transversalidad de enfoques de género, etnias, pueblos indígenas y territorios, y clases sociales.
9. 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, a las adultas y adolescentes, su pareja y familias, 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, con el 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 de 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 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, cáncer de 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 de las instituciones (transectorialidad interna) 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 en los temas relevantes de salud sexual y reproductiva, 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, con el 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 la adulta y adulto 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 en 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, y adultas y adultos 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 niñas, niños 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 morbimortalidad por ITS-sida asociada a conductas sexuales de riesgo.
- La alta morbimortalidad por cáncer cérvico-uterino, de mama y de 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 niñas, niños, adolescentes, adultas/os y ancianas/os.
- 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 que 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 problemas que se expresan en los cuadros a continuación.

**Cuadro 3**  
**Salud sexual y reproductiva en la infancia**

<b>Área de intervención</b>	<b>Líneas estratégicas</b>
<b>Salud preconcepcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Salud prenatal y perinatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y atención integral de los abortos en condiciones de riesgo, incluyendo consejería y anticoncepción.</li> <li>• Promoción de la preparación psico-profiláctica, el auto-cuidado en salud perinatal y la crianza de los hijos e hijas.</li> <li>• Atención integral oportuna, universal, equitativa y humanizada al embarazo, parto y puerperio.</li> <li>• Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.</li> <li>• Garantía del suministro oportuno de vacunas para erradicar enfermedades y muertes inmunoprevenibles en la etapa perinatal.</li> </ul>
<b>Crecimiento y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Prevención y control de la transmisión vertical del VIH/sida y otras ITS.</li> <li>• Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para los niños y niñas con VIH/ sida.</li> <li>• Orientación y apoyo psicosocial a las embarazadas y madres con VIH/ sida.</li> </ul>
<b>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y atención oportuna e integral del maltrato y la violencia doméstica e intrafamiliar en la infancia y sus consecuencias.</li> <li>• Prevención y atención integral y oportuna de las víctimas infantiles del abuso y la explotación sexual y sus familias, así como sus consecuencias.</li> <li>• Prevención y atención integral oportuna de la salud sexual y reproductiva de las niñas y niños en condiciones de vulnerabilidad, trabajadores de la patria, privados de libertad o institucionalizados.</li> <li>• Promoción de acciones transectoriales para la erradicación de la explotación sexual en la infancia.</li> </ul>
<b>Información, educación y comunicación en SSR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo y promoción de actividades de información, educación, comunicación y asesoramiento sobre sexualidad en la infancia y su desarrollo, dirigidos a niñas y niños, familias y comunidad.</li> <li>• Fortalecimiento de las actividades de educación sexual, formales y no formales, dirigidas a niñas y niños, familia y comunidad, en coordinación con las redes sociales y de salud.</li> </ul>

**Cuadro 4**  
**Salud sexual y reproductiva en la adolescencia**

<b>Crecimiento y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantía del diagnóstico y tratamiento oportuno de 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Prevención y control de la transmisión vertical del VIH/sida y otras ITS. Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para las y los adolescentes con VIH/sida.</li> <li>• Orientación y apoyo psicosocial a las y los adolescentes que viven con VIH/sida.</li> <li>• 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.</li> <li>• Asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad.</li> </ul>
<b>Información, educación y comunicación en SSR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Prevención del embarazo en adolescentes, incluyendo información, asesoramiento, acceso a anticonceptivos para los sexualmente activos y autocuidado, tanto a estas como a sus familias.</li> </ul>
<b>Servicios de SSR específicos para adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención integral oportuna y específica del embarazo en adolescentes.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Garantía del acceso a programas de rehabilitación a las y los adolescentes involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar, doméstica y sexual.</li> <li>• 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.</li> <li>• Prevención y control de la transmisión vertical del VIH/sida y otras ITS. Cobertura universal y equitativa de los tratamientos para las y los adolescentes con VIH/sida.</li> <li>• Orientación y apoyo psicosocial a los y las adolescentes que viven con VIH/sida.</li> <li>• 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.</li> <li>• Asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad.</li> </ul>

**Cuadro 5**  
**Salud sexual y reproductiva de las y los adultos**

<b>Salud preconcepcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento preconcepcional a la mujer, hombre o pareja sobre los factores de riesgo sexual/reproductivo y los factores protectores.</li> <li>• Garantía del acceso a la atención preconcepcional mediante estrategias específicas para sectores sociales dispersos o de riesgo social.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Garantía del acceso a servicios especializados a las usuarias y usuarios en edad fértil, con riesgo de enfermedades genéticas y problemas de fertilidad.</li> </ul>
<b>Salud sexual y planificación familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Salud prenatal y perinatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención integral y humanizada, con calidad y calidez, a la mujer y su pareja, a lo largo de todo el proceso reproductivo.</li> <li>• Garantía del suministro de medicamentos esenciales así como el soporte nutricional, a toda mujer embarazada, sin ningún tipo de discriminación.</li> <li>• Promoción y garantía del inicio temprano, calidad y calidez de la atención prenatal.</li> <li>• 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.</li> <li>• Atención integral del parto y postparto, incluyendo los cuidados de perinatología, acceso a cuidados intermedios e intensivos en los casos que se requieran.</li> <li>• 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.</li> <li>• Garantía de la atención inmediata, con calidad y calidez de las emergencias obstétricas, para su tratamiento adecuado y la referencia oportuna.</li> <li>• Atención integral inmediata a toda mujer con diagnóstico de aborto previniendo sus complicaciones, brindando apoyo psicosocial y anticoncepción post-aborto.</li> <li>• Prevención y control de la transmisión vertical de las ITS y el VIH/sida, asegurando el suministro del tratamiento antiretroviral a las pacientes infectadas durante el embarazo y la lactancia.</li> <li>• Atención integral de la púerpera con enfoque de riesgo, orientando acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación familiar post-parto.</li> </ul>

**Cuadro 5 (cont.)**

<b>Salud ginecológica y urológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención del cáncer de cuello uterino y mamas, mediante la realización oportuna y regular de la pesquisa en la atención integral de la mujer.</li> <li>• 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 las usuarias y usuarios.</li> <li>• 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 libre 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 o riesgo social.</li> <li>• Prevención del cáncer y otras patologías prostáticas, mediante la pesquisa oportuna y ofreciendo información, apoyo psicosocial, así como acceso a exámenes y tratamiento adecuados.</li> <li>• 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.</li> <li>• Atención integral de la SSR de las trabajadoras y trabajadores sexuales, población reclusa o con necesidades especiales, con intervenciones en los contextos donde ellas y ellos se desenvuelven.</li> </ul>
<b>Información, educación y comunicación en SSR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ciudadanas/os, parejas familias y comunidad.</li> <li>• Garantía de los derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales promoviendo la práctica de una sexualidad responsable a todas las usuarias y usuarios, incluyendo los que viven con VIH/sida y otras ITS y su entorno familiar, sin discriminación alguna.</li> </ul>
<b>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Visibilización de todo caso de violencia, abuso sexual y explotación sexual comercial, mediante la denuncia y el registro, de acuerdo a lo previsto en el marco legal vigente.</li> <li>• Creación y garantía del acceso a programas de rehabilitación y apoyo psicosocial dirigidos a las víctimas, victimarios y familias involucradas en violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.</li> <li>• Fortalecimiento del sistema de registro, con la incorporación de la atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.</li> </ul>

**Cuadro 6**

**Salud sexual y reproductiva de las y los adultos mayores**

<b>Salud sexual en el climaterio, menopausia y andropausia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Fortalecimiento de la atención integral en SSR para responder a las necesidades específicas de la adulta y el adulto mayor.</li> <li>• 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.</li> <li>• Prevención y atención oportuna de los problemas y afecciones de salud sexual y reproductiva de las y los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, privados de libertad, abuelos de la patria o institucionalizados.</li> </ul>
<b>Salud ginecológica y urológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual líneas estrategias de las adultas y adultos.</li> </ul>
<b>Información, educación y comunicación en SSR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de proyectos de información y educación orientados 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.</li> </ul>
<b>Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual líneas estratégicas de las adultas y adultos.</li> </ul>

## **II** REGLAMENTO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

# **II** REGLAMENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

---

## **1. Objetivos del reglamento técnico administrativo**

### **Objetivo general**

Establecer criterios técnicos y administrativos que regulen la organización y el 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**

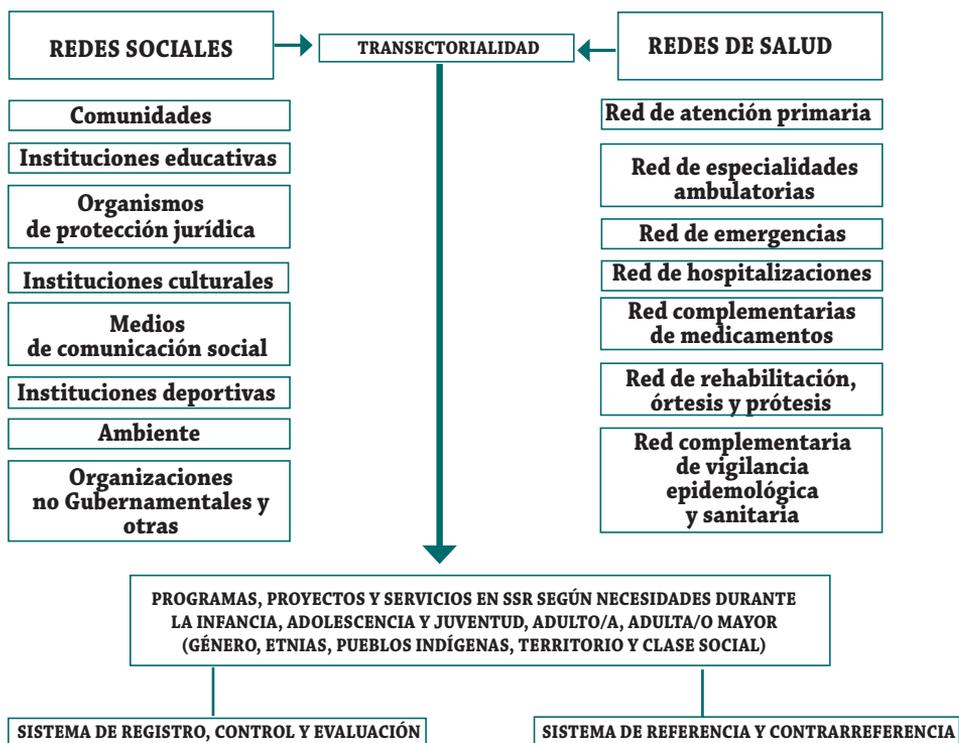
1. Establecer los criterios para atender y vigilar la salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre con enfoque de ciclo de vida, en el período preconcepcional durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al recién nacido.
2. Establecer criterios de atención integral para promover 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 las y los 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 las y los 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, pesquiasaje, detección temprana, tratamiento adecuado y referencia oportuna a mujeres y hombres en relación a cáncer cérvico uterino, 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.

## 2. Modelo atención integral en salud sexual y reproductiva

La atención de salud sexual y reproductiva, se ofrece en todos los niveles de atención del MPPS y en otras estructuras de las redes de apoyo con responsabilidades definidas y articuladas para enfrentar las necesidades de las usuarias y usuarios. 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 y usuarios, 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, las usuarias y usuarios 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. Las usuarias y usuarios 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 contra-referencia, se garantiza la atención integral y oportuna en el nivel de complejidad que tenga la capacidad resolutoria requerida en cada caso.

**Gráfico 2**  
**Redes para la atención integral en salud sexual y reproductiva**



La educación para el autocuidado y las consultas prenatales, puerperales, ginecológicas y de planificación familiar incluyendo pesquisaje de cáncer cérvico-uterino, mamario o de 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 usuarias y usuarios, 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 cérvico-uterino, mamario, de endometrio, de ovario, de 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.

### **3. 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 1999, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Como la Ley 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, implantándose 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: médicas y médicos generales, pediatras, gineco-obstetras, urólogos, psiquiatras, salubristas; enfermeras y enfermeros generales, especialistas o profesionales formados en salud sexual y reproductiva; trabajadoras y trabajadores sociales; educadoras y educadores, sociólogas y sociólogos, nutricionistas, psicólogas y psicólogos 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, programas, 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 interprogramática 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 salud sexual y reproductiva.
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 estatal o regional**

Está constituido por un equipo interdisciplinario capacitado en el área de salud sexual y reproductiva con un coordinador o coordinadora 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 resolutive.
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 MPPS. 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 proce-

dimientos 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 (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 de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA).

2. Garantizar el acceso a la atención integral de salud sexual y reproductiva a la mujer y al hombre, al 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 hija o hijo.
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 hija o hijo (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 contra-referencia de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos para garantizar el acceso a la atención integral en todos los niveles de atención de salud del MPPS 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 sociocultural 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

#### 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 usuarias y usuarios, 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
- Trabajador o trabajadora 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 este 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:

- Médico/a general
- Técnico Superior o licenciado/a en enfermería
- Gineco-obstetra
- Pediatra
- Psicóloga o psicólogo
- Trabajador o trabajadora social
- Promotor/a para la salud
- Educador o educadora

### **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
- Licenciada o licenciado en enfermería preferiblemente con especialización en materno infantil o enfermería perinatal
- Técnico Superior o licenciado/a en enfermería
- Gineco-obstetra
- Pediatra

- Psicóloga o psicólogo
- Trabajador o trabajadora social
- Educador o educadora
- Promotor/a para la salud
- Nutricionista

**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 la primera parte de la presente 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: género, 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.

## 4. 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 MPPS, 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 y 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 de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) y en Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Losdmvlv) 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 objetivo, 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 contra-referencia 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) Las y los coordinadores 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 evaluación**

- a) El proceso de evaluación debe considerar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, con base en los criterios establecidos de 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 se enfocarán principalmente en las coordinaciones del PNSSR y tienen 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 riesgo, abortos en mujeres, adultas y adolescentes, violencia doméstica, intrafamiliar, sexual, ITS-VIH/sida, morbilidad-mortalidad materna e infantil, cáncer de cuello uterino, de endometrio, de ovario, de mama, de testículos y de 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, de ovario, de mama, de testículos y de 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).
- Instrumentar 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 implantación 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 brindarán 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 procurarán 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, de próstata y de 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.
- j) 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, la 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, las y los adolescentes, adultas y adultos 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 señalados.
- s) El MPPS a nivel nacional, regional y municipal establecerá convenios y compromisos de cooperación con el Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE) 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 con 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 e 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 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 atiende 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, de próstata, de testículos, de ovario y de 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 y 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, niñas y niños, a las y los adolescentes, adultas y adultos jóvenes y mayores, promoviendo la participación protagónica de ellas y ellos.
- 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 interconsultas 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 concertación de las citas y búsqueda de pacientes que abandonen el tratamiento.
  - i) Garantizar a las usuarias y usuarios el acceso a información oportuna y clara sobre su caso. Si perteneciera a algún pueblo indígena, con otra cultura o lengua, 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 (usuarias y usuarios, 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 con 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 resolutive 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 MPPS, como complemento del presente reglamento.
  - q) Las actividades de orientación en SSR deberán ser realizadas por personal debidamente capacitado y respetando en todo momento la confidencialidad y la privacidad de las usuarias y los usuarios.

## 5. Disposiciones para la atención integral en SSR, según etapas del ciclo de vida en la red de salud

### 5.1. La salud sexual y reproductiva 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 LOPNNA. 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.

- a) 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.
- b) 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 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.
  - Implantar 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 exista estricta contraindicación médica en los cuales se utilizarán preferiblemente los bancos de leche humana, dejando como última 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 en 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 pueblos 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 salud sexual y reproductiva 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 las y los 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 MPPS.
- c) El equipo de salud en el marco de la promoción de la calidad de vida, promoción y desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes y en base a la respectiva Norma del MSDS para la atención integral de la SSR dirigido a este 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 indígenas, 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, suficiente y adecuada 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 (resolución MSDS N° 202 del 7/8/2000) ¿dónde. anexos
- 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 sexual y reproductiva en la adulta y el 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 riesgo 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:

- a) Instrumentar 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.
- b) Garantizar la atención integral de la SSR sin discriminación a todas las personas con discapacidades, enfermedades mentales, con vulneración de sus derechos o privados de libertad.
- c) Garantizar acciones y servicios integrales, oportunos y suficientes específicos de la SSR de este 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 la tercera parte de esta publicación: atención ginecológica, atención urológica, atención en salud sexual y planificación familiar, atención preconcepcional atención prenatal y perinatal, y atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

### **5.4. La salud sexual y reproductiva en la adulta y el 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 este 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, y atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual.

**Gráfico 3**

**Atención integral de SSR en los establecimientos de salud según etapas del ciclo de vida y género**



**Cuadro 7**

**Transectorialidad intrainstitucional en la infancia**

Fuente: Equipo técnico del PNSSR, MSDS, noviembre 2003.

Área de intervención	Actividades	Instancias administrativas
Salud perinatal	Atención integral al recién nacido	PN niñas, niños y adolescentes
	Humanización del parto	Programa SSR
	Atención a niños con VIH	PN ITS-VIH/sida
	Promoción lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Programa Nacional de Lactancia Materna
Derechos y protección	Dotación y adecuación de infraestructura	Red ambulatoria, Red hospitalaria
	Dotación de medicamentos e insumos	SEFAR
	Prevención y control transmisión vertical VIH	PN ITS-VIH/sida
Educación sexual	Promoción ciudadanía, derechos y equidad de género en niñas y niños	Causas externas
	Fortalecimiento de la educación sexual	Gestión tecnológica
	Evaluación, monitoreo de proyectos y servicios de SSR	PN SSR
Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual	Prevención y atención del abuso sexual y la violencia intrafamiliar	Ministerio de Comunas

**Cuadro 8**

**Transectorialidad intrainstitucional en la adolescencia y juventud**

Fuente: Equipo técnico del PNSSR, MSDS, noviembre 2003.

Crecimiento y desarrollo	<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.</p> <p>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.</p> <p>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 las y os adolescentes con VIH/sida. Orientación y apoyo psicosocial a los y las adolescentes que viven con VIH/sida.</p> <p>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>
--------------------------	---

**Cuadro 8 (cont.)**

Información, educación y comunicación en SSR	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.
Servicios de SSR específicos para adolescentes	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.
Salud preconcepcional	<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 psicosocial 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 antiretroviral 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>
Salud ginecológica y urológica	<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. 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 o riesgo social.</p>

**Cuadro 8 (cont.)**

	<p>Prevención del cáncer y otras patologías prostáticas, mediante la pesquisa oportuna y ofreciendo información, apoyo 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.</p> <p>Atención integral de la SSR de las trabajadoras y trabajadores sexuales, población reclusa o con necesidades especiales, con intervenciones en los contextos donde ellas y ellos 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 ciudadanas/os, parejas familias y comunidad. Garantía de los derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales promoviendo la práctica de una sexualidad responsable a todas las usuarias y usuarios incluyendo las que viven con VIH/sida y otras ITS y su entorno familiar, sin discriminación alguna.</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.</p> <p>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.</p> <p>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.</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.</p> <p>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.</p> <p>Asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, a este grupo poblacional, sus padres, familias y comunidad.</p>

**Cuadro 9**

**Transectorialidad intrainstitucional en la adulta y adulto**

<b>Área de intervención</b>	<b>Actividades</b>	<b>Instancias administrativas</b>
Educación sexual	Promoción de la educación sexual. Desarrollo de estrategias IEC. Atención integral específica adolescentes. Orientación y asesoría en SSR.	PN niñas, niños y adolescentes Gerencia hospitales Red ambulatoria. PN Oncología. PN ITS/sida. CMMI. Comisión Lactancia Materna. PN Salud Mental. PN Salud Bucal.
Salud sexual	Promoción de derechos sexuales y reproductivos. Prevención de embarazos no deseados, no planificados y los abortos en condiciones de riesgo.	SEFAR
Salud preconcepcional	Atención prenatal, parto y postparto. Atención al aborto y complicaciones. Atención de emergencias obstétricas.	Causas externas
Salud reproductiva: prenatal y perinatal	Transmisión vertical de ITS/sida. Atención a infectados con VIH. Dotación y adecuación de infraestructura. Dotación medicamentos e insumos en SSR.	PN SSR
Derechos sexuales y reproductivos	Promoción de la ciudadanía, derechos y equidad de género.	
Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual	Prevención y atención del abuso sexual y la violencia intrafamiliar Evaluación y monitoreo de proyectos y servicios de SSR.	

**Cuadro 10**

**Transectorialidad intrainstitucional en la adulta y adulto mayor**

Fuente: Equipo técnico del PNSSR, MSDS, noviembre 2003.

Salud sexual en el climaterio, menopausia y andropausia	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.
	Fortalecimiento de la atención integral en SSR para responder a las necesidades específicas del adulto/a mayor.
	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.
	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.
Salud ginecológica y urológica	Igual líneas estrategias de las adultas y adultos.
Información educación y comunicación en SSR	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.

## 6. Especificaciones de las áreas 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 la 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 MPPS, 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 esta 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 cérvico uterino y mamario mediante la práctica de la citología cérvico 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 cérvico uterino y mamario.
  - Llevar el registro estadístico y la vigilancia epidemiológica de casos de cáncer cérvico uterino y mamario a nivel interinstitucional, local y estatal, analizarla y remitirla a las instancias competentes.

- Promover el desarrollo de investigaciones en cáncer cérvico uterino y mamario, en el marco de las 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 procedimientos 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 práctica de una sexualidad responsable a todas las usuarias y usuarios, 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 anti-retroviral 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.
  - Implantar 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).
  - 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 (resolución MSDS, N° 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 psicosocial 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 actualizados 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 de mamas en las consultas de planificación familiar.
5. Realizar las pruebas de VDRL y VIH previo consentimiento informado y orientación pre y postprueba 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 anticonceptivos.
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, al hombre y/o a la 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 o 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 preconcepcional.

#### **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 MPPS.
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, 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 la anticoncepción de emergencia.
8. Atender de manera inmediata a toda mujer con diagnóstico de aborto para prevenir sus complicaciones, brindarle apoyo psicosocial 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 psicoafectivo que requiere en este 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 y usuarios, 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, 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. Implantar 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 exista estricta contraindicación médica, en los cuales se utilizarán preferiblemente los bancos de leche humana dejando como última 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 en 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 del feto.
29. Proscribir la revisión endouterina de rutina, post-alumbramiento; 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 la 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 resolutive.
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 urológica 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 responsables 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 o 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 la 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, organizaciones no gubernamentales 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, 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 y adolescentes (según LOPNNA 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 sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia-Losdmvlv) 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, el abuso y la 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.



### **III** MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN Y DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## 1. 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: la salud preconcepcional, prenatal, perinatal, postnatal, lactancia materna, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las y los 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 de 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 todas y todos, la erradicación de la violencia hacia la mujer, el hombre, las niñas y los niños, el abuso y la explotación sexual, así como la iniciación sexual temprana, todo con un enfoque de riesgo para preservar su calidad de vida y salud.

### 1.2. Objetivos específicos

- 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, la 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 las y los 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 las y los adolescentes, en 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, de endometrio y de ovario, mediante la prevención, la detección temprana, el tratamiento adecuado y la 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 aplicación

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 N° 364 en Gaceta Oficial N° 37705 de 05/06/2003).

## 2. Asesoría en salud sexual y reproductiva

### 2.1. Definición

La asesoría en salud sexual y reproductiva es un proceso de análisis y comunicación personal, entre el prestador o prestadora de servicio y la usuaria o usuario 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 esta asesoría se debe acompañar de referencia a unidades médicas especializadas en caso necesario.

### 2.2 Características

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 decisión alguna 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.
- Usuaris 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.

La asesoría 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 asesoría

Puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario o la usuaria haga al servicio y puede llevarse a cabo en albergues, ambulatorios y hospitales, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de las usuarias y usuarios 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:**

- A** *Atienda* a la usuaria o al usuario con amabilidad, comodidad, respeto y privacidad. Preséntese e invítela/o a decir su nombre. Ofrezcale 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.
- C** *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.
- C** *Comuniqué* 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 cuál 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, de endometrio, de ovario y prostático.
- E** *Elección* 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.
- D** *Descripción* detallada del uso del método anticonceptivo elegido, del tratamiento indicado o de las recomendaciones indicadas.
- A** *Acuerde* visitas de seguimiento basadas en las indicaciones, el método anticonceptivo seleccionado y las necesidades de la o el usuario. Este método es recomendable utilizarla para cualquier usuario o usuaria que acceda a los servicios de salud sexual y reproductiva.

### 3. Atención integral de la salud sexual y reproductiva en las y los 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 las y los 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 las y los 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 las y los 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 ofrecerles 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 hija o hijo.

#### 3.1. Objetivo general

Unificar estrategias para la prestación de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las y los 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 las y los 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 las y los adolescentes:

- Garantizar plenamente los derechos a la atención a la salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, incluyendo información, educación, servicios y tratamientos en forma integral, oportuna y específica, con calidad y con calidez, 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 del 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 o niña, 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 sano y sin riesgos y una maternidad/paternidad responsable, voluntaria, de acuerdo a necesidades según género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales.
- Prevenir el 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 las y los 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 aplicación

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 10-19 años, que se divide según la fase del proceso evolutivo puberal y psicosocial en 3 subgrupos:

Población 10 a 13 años: adolescencia temprana

Población 14 a 16 años: adolescencia media

Población 17 a 19 años: adolescencia tardía

##### **Cobertura**

Para la atención se sugiere, de acuerdo a las realidades epidemiológicas y a los recursos disponibles:

Consulta prenatal = 60% en instituciones públicas

Atención del parto institucional = 100%

##### **Factores de riesgo**

###### *a) 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.

###### *b) 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 las y los 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 autocuidado 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 la 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 consciente 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 las y los adolescentes que esperan una hija o un hijo.
- 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 (se describe más adelante, en el capítulo 5 de esta parte), 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 hija o hijo.
- Alojar 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 después del parto.

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. Aplicación 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 usuarias o usuarios de control.

Alto riesgo: 2 consultas por hora-médico 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 las y los 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 (LOPNNA).**

### **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 y los 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/o, educadora/or, trabajador o trabajadora 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 psicoprofiláctico 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 evaluación

#### **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 las y los 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.
- Número de adolescentes atendidas en la consulta de orientación y atención en salud sexual y reproductiva.
- Otros según necesidades de los servicios.

### **Impacto**

- Porcentaje de embarazo adolescente y segundo parto en adolescentes.
- Porcentaje de aborto en adolescentes.
- Morbilidad adolescente asociada a evento obstétrico.
- Tasa de 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.

## 4. Planificación familiar

La 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. Población objeto

Está 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. Aplicación de tecnología

#### **Concentración por consulta/año (número de consultas por usuaria o usuario/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 usuaria o usuario

#### **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/usuarios inasistentes al control periódico.

### **Controles sucesivos**

Se fijan al cumplirse el primer mes de la primera 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 usuarias de este grupo, según el caso.

### **Control anual**

Evaluación igual a la primera consulta.

## **4.5. Métodos 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 temporales o permanentes.

*Métodos anticonceptivos temporales:*

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

*Métodos anticonceptivos 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 y 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 el acetato de clormadinona (2 mg) y el acetato de ciproterona (2 mg).

#### **Presentación.**

Existen tres tipos de presentaciones:

**MONOFÁSICOS.** 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.

**TRIFÁSICOS.** 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 una protección anticonceptiva entre 92% y 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 intergenésico

En el post-aborto inmediato.

En el posparto o postcesárea, 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 cerebrovascular, 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, de manera ininterrumpida, 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 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, lo que 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 o 21 grageas.

#### **Efectividad anticonceptiva.**

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva entre 90% y 97%.

#### **Indicaciones.**

Las mismas indicaciones de los gestágenos orales combinados (GO), incluso cuando estén contraindicados los estrógenos y en el posparto o postcesárea: a las tres semanas si no está lactando 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 o 35 días incluso durante la menstruación. Al concluir se inicia el ciclo siguiente.

Debe tomarse siempre a la misma hora del día, debido a su mejor efectividad anticonceptiva.

En la mujer puerpera 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 postparto. Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

#### **Duración de la protección anticonceptiva.**

Está 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 y los que contienen solo progestágenos.

**Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina**

**Formulación.**

Contienen un éster 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 uno de los 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 mg y 150 mg).

**Efectividad anticonceptiva.**

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

**Indicaciones.**

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.**

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, se deben prescribir 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 para el uso de los anticonceptivos orales combinados.

**Hormonales inyectables que contienen progestágenos**

***Formulación.***

Contiene un progestágeno sintético esterificado derivado de la 17-Hidroxiprogesterona, 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 a 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 presente el sangrado.

En el postparto, cuando la mujer está lactando, la aplicación debe efectuarse después de la sexta semana.

En el post-aborto 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 necesario 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 produce la 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 a 99% durante el primer año.

Después del segundo año de uso disminuye gradualmente su efectividad, pudiendo llegar en el quinto año a 96,5%.

***Indicaciones.***

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, 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 esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el posparto o postcesárea con o sin lactancia.
- En el post-aborto 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 postcesárea 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; dermatosis; 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 (DIU)**

Los dispositivos intrauterinos (DIU) consisten en un pequeño aparato que se coloca 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). Poseen 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 de 95% a 99%.

***Mecanismo de acción.***

Produce una endometritis crónica con notable infiltración celular, 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 intergenésico.
- En el posparto, trans y postcesárea, con o sin lactancia.
- En el post-aborto.

**Contraindicaciones.**

- Embarazo o sospecha.
- Útero 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 prolongado.
- 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 intergenésico:* 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 regreso al domicilio.

En el post-aborto: Inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad del embarazo.

En el puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas después del post-aborto, 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 intergenésico, el puerperio mediato y el post-aborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU.

En los periodos postplacenta, transcesárea, post-aborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediato (pre alta) no debe usarse el insertor.

***Intervalo intergenésico.***

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

- a) Tacto bimanual para precisar genitales internos y descartar patologías pélvicas.
- b) Espéculo vaginal para visualizar cérvix y antisepsia del cuello uterino.
- c) Se toma labio anterior de cuello uterino si el útero está en ante verso flexión (AVF) y el labio posterior si está 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.
- d) Con un histerómetro (maleable) se determina longitud de la cavidad uterina.
- e) Si la histerometría resulta mayor de 6 cm. se debe insertar el DIU siguiendo las instrucciones del uso proporcionadas por el fabricante.
- 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 entre 12 cm y 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 utilizan también 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 histerorrafia.

***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 histerorrafia, con cuidado de no incluir los hilos en la sutura.

***Inserción en el post-aborto.***

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 intergenésico.

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 postcesárea y en el post-aborto 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 3, 8 y 10 años, y para los Multiload 375 y 250 es de 5 y 3 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 subsiguientes se realizarán a los 15 días post inserción, cuando 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 post-evento 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 ahí 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.***

- a) DIU descendido (diagnóstico clínico o ultrasonográfico).
- b) El DIU ha caducado en su fecha de expedición.
- c) Deseo de embarazo.
- d) Enfermedad inflamatoria pélvica que no responde al tratamiento con antibiótico terapia en un lapso de 24 a 48 hrs.
- e) 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:*

- a) La paciente puede haber expulsado el DIU y no lo advirtió.
- b) Embarazo.
- c) Perforación uterina que puede ser total o parcial.
- d) Translocación del DIU dentro del útero.

*Pasos a realizar:*

- a) En caso de no palpar o ver los hilos, realizar un ultrasonido pélvico.
- b) Si en el ultrasonido no se evidencia el DIU, realizar una prueba de embarazo. Si la

prueba de embarazo es negativa, realizar una radiografía simple abdomino-pélvica 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.

##### **Métodos de barrera.**

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.

**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).

**Condón o preservativo femenino**, que permite a la mujer protegerse de embarazos no planificados y las ITS-VIH/sida Tiene 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 –masculino y femenino– 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 entre 85% y 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 eyacuación 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 de 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, 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.**

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Son agentes químicos superficiales 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% a 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.**

Aplicar 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, está 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 método más efectivo, de lo contrario, se efectuará cada año para chequeo ginecológico.

**4.5.6. Métodos naturales o de abstinencia periódica**

Son los métodos que permiten evitar el embarazo al no realizar el acto sexual durante los períodos fértiles 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 sinto-térmico.

**Efectividad.**

Bajo condiciones habituales y adecuadas de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva de entre 70% a 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 del 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 35% al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones de los anexos, glándulas mamarias y el cérvix 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.

**Método del calendario, del 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 solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer, al despertar, antes de levantarse, mide su temperatura en la mañana. 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:

- a) Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después de la cúspide.
- b) Los días de menstruación.
- c) 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 cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero a algunas mujeres se les dificultan interpretarlos, incluso en condiciones normales. Todos estos métodos pueden ser enseñados por personal capacitado, pero requieren 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 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 amamanten 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% en la prevención del embarazo. Para que el MELA sea eficaz, deben observarse los tres (3) criterios que se mencionan a continuación:

- Los ciclos menstruales de la mujer no deben haberse reanudado.
- La mujer debe estar amamantando de manera exclusiva (libre demanda).
- 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 (condones 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).

El uso de los diferentes métodos anticonceptivos combinados se puede iniciar al cabo de seis (6) meses del parto, pero no deben considerarse como la opción preferida de las mujeres que estén amamantando.

### Uso de los diferentes métodos anticonceptivos después del parto

Entre el nacimiento y la sexta semana	Entre la sexta semana y el sexto mes	Del sexto mes en adelante
MELA	Los mencionados en columna anterior, más:	Se pueden usar los otros métodos mencionados en el texto cuando la protección que ofrece el MELA termine o la mujer no desee depender más de ese método.
DIU	Diafragma	
Esterilización femenina	Método sólo de progestina	
Condones (masculinos y femeninos)	Métodos naturales (apoyándose en el MELA)	
Espermicidas		

#### 4.5.7. Anticoncepción 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 más 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, un punto que es muy importante dejar claro, por cuanto es el que ha traído los problemas éticos y morales que han impedido su uso en varios países al considerarlos métodos abortivos.

El uso de la anticoncepción de emergencia puede contribuir de manera importante a 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 aquellas que lo han usado de manera incorrecta.

Existen dos métodos de aplicación: los anticonceptivos orales y los combinados.

#### **Indicaciones.**

- Relaciones sexuales no protegidas
- Ruptura o deslizamiento del condón
- Olvido de dos o más píldoras de ACO
- Haber transcurrido más de una semana en la cual debía haberse aplicado la inyección mensual (Mesigyna, Depoprovera).
- Violación o abuso sexual.

#### **4.5.7.1. Anticonceptivos orales.**

Los anticonceptivos que se usan para tal fin no provocan aborto, ya que surten su efecto antes de que empiece el embarazo.

#### **4.5.7.2. Anticonceptivos combinados.**

##### **Mecanismos de acción:**

- Antes de la ovulación, la impiden o la retrasan por disminución del pico de LH.
- Después de la ovulación, aumentan la motilidad de las trompas por lo que se altera 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 tableta dentro de un período de 72 horas después de la relación sexual y se repite la dosis 12 horas después.
- Píldora de 30 microgramos de etinilestradiol y 150 nanogramos de levonorgestrel: administrar 4 tabletas dentro de un período de 72 horas después 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 más 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 horas siguientes a la ingesta, se debe repetir la dosis.

- Sangrado uterino irregular y sensibilidad en las mamas.

#### **4.5.7.3. DIU que liberan cobre.**

Puede lograrse anticoncepción de emergencia mediante la inserción de uno de estos dispositivos 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 mujeres que consideren la anticoncepción a largo plazo.

Cuando la mujer no pueda utilizar el método de Yuzpe, porque han transcurrido más de 72 horas.

##### ***Contraindicaciones.***

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 a la mujer 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 acerca 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. Las mujeres que recurren a ellas 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.**

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 a 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 del postparto, transcesárea y post-aborto.

**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 se 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 establecidas.

La edad y número de partos 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 a 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 éstas no impliquen 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**

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 a 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.

**Anestesia.**

Local.

**Tiempo de realización.**

En cualquier momento de la vida del hombre.

**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 modelo de 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 hijos no serán factores de contraindicación del método.

**Duración de la protección anticonceptiva.**

Este método es permanente, sin embargo, se debe tener presente que la vasectomía no es efectiva en forma inmediata ya que 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 la actividad 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 aplicación en anticoncepción de emergencia

Métodos	Tiempo transcurrido después del coito	Posología
Anticonceptivos orales combinados	Dentro de un período de 72 horas	Método de Yuzpe: 100 mcg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel. Repetir a las 12 horas
Anticonceptivos orales que contienen solo progestina	Dentro de un período de 72 horas	0,75 mg de levonorgestrel como primera dosis. Repetir a las 12 horas
Estrógenos	48 horas después del coito	5 mg de etinilestradiol en la primera dosis. Repetir cada día durante 4 días (5días en total)
Andrógenos	Dentro de un período de 72 horas	Entre 400 mg y 600 mg de danazol en la primera dosis. Repetir 12 horas más tarde
Antiprogesterinas	Dentro de las 72 horas después del coito	600 mg de mifepristona (RU 486) en una sola dosis
DIU que liberan cobre*	Primeros 5 días después del contacto sexual sin protección	

\* Indicado para aquellas que consideren anticoncepción a largo plazo y cuando no se pueda utilizar el método Yuzpe porque hayan transcurrido más de 72 horas después del contacto sexual.

#### 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.
- VPH y NIC reportados.
- VDRL practicados y reportados.
- Toxoides tetánico aplicados.
- Porcentaje de madres lactando exclusivamente.
- Porcentaje de madres utilizando método MELA.

### Niveles de atención en planificación familiar

Elementos	Recursos humanos	Funciones
<b>Primer nivel</b>		
Agentes de la comunidad	Promotores de salud Líderes comunitarios	Orientación Visitas casa por casa Trabajo con grupos focales Administrar métodos naturales y de barrera Referir a usuarios a las unidades de salud Promover la organización de centros comunitarios de orientación en anticonceptivos
Ambulatorio rural I	Auxiliar de medicina simplificada Agentes de la comunidad	Atención primaria integral de salud Orientación Asesoría en planificación familiar Administración de métodos naturales, de barrera y orales Referencia Supervisión a centros de salud
Ambulatorio rural II Ambulatorio urbano I Ambulatorio urbano II	Médico general o especialista Enfermera Trabajadora/trabajador social Psicólogo Auxiliares de enfermería Otros	Orientación y promoción en planificación familiar Asesoría Administración de métodos naturales, de barrera, hormonales y DIU Referencia de usuarios a unidades de mayor complejidad Supervisión a centros de salud
<b>Segundo nivel</b>		
Ambulatorio urbano III Hospital tipo I	Médico general o especialista Enfermera Trabajadora/trabajador social Psicólogo Auxiliares de enfermería	Asistencia Orientación Asesoría en planificación familiar Administración de métodos hormonales, DIU, implantes y quirúrgicos Supervisión de establecimientos de primer nivel
<b>Tercer nivel</b>		
	Médico general o especialista Enfermera Trabajadora/trabajador social Psicólogo Psiquiatra	Capacitación de recursos humanos Asistencia Supervisión Asesoría en planificación familiar Administración de métodos hormonales, DIU, implantes y quirúrgicos

## 5. 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 del 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 la niña o el niño para reducir la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

### 5.2. Objetivos específicos

- Brindar atención integral a la madre, el padre y prevenir y/o manejar los factores de riesgo preconceptionales, 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 urbano-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, pre-eclampsia y 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 obstétrico-perinatales 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 hayan 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. Población 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 las niñas.

- El cuidado del embarazo y el parto normal debe ser no medicalizado, utilizando el mínimo de intervenciones y tecnologías, aplicando éstas 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 resolutoria para las posibles complicaciones.
- El empleo rutinario de sedantes, analgésicos y anestésicos está 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, autocuidado, 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.

### 5.6. Principales factores 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.

#### 5.6.1. Periodo preconcepcional

##### ***Antecedentes obstétricos desfavorables en embarazos previos***

- Abortos.
- Muertes fetales y neonatales.
- Partos prematuros.
- Bajo peso al nacer.
- Retardo en el crecimiento fetal.
- Preeclampsia, eclampsia
- Intervalo intergenésico 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: hipertensión, diabetes, cardiopatías, anemias, hemoglobinopatías, nefropatías, psicopatías, patología utero-anexial y de las mamas
- Infecciones: tuberculosis, VIH/sida (positivo), sífilis, gonorrea.
- Ausencia de inmunidad para: rubéola, tétanos, toxoplasmosis, hepatitis B, etc.
- Exposición a teratógenos-antagonistas de los folatos, ácido valproico, solventes orgánicos, plaguicidas, etc.
- Abuso de alcohol, drogas o tabaco. Excesiva actividad física. Incompatibilidad Rh potencial, desnutrición 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.
- Preeclampsia 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.

***Atención preconcepcional.***

***Objetivo.***

Identificar y asesorar sobre el riesgo preconcepcional.

***Asesoría previa al embarazo.***

Se entiende por asesoría preconcepcional la atención previa a un embarazo que se realiza a la pareja 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, gonorrea, infecciones bucodentales

***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, etc.

***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 inter 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 reducida en parte con suplementación preconcepcional de vitaminas que contengan ácido 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

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, con el 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

- 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 a 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/contra-referencia, 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 de la pareja que abarque los siguientes aspectos: actividad sexual durante el embarazo; importancia del reposo prenatal como preparación para el parto y reposo postnatal.

#### 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 éste 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:* son aquellas que evaluadas integralmente, presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no se evidencian en ellas factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, patología intercurrente, pérdidas reproductivas o embarazo no deseado.

*Embarazadas de alto riesgo*: aquellas en las que se cumplen 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 uno o más factores tales como analfabetismo materno, pobreza crítica, unión inestable, entre otros, determinan el riesgo.

*Embarazadas 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 social:

- 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.

*Embarazadas de alto riesgo*, Tipo II: aquellas que se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica, 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.

*Embarazadas de alto riesgo*, Tipo III: son las embarazadas de mayor riesgo y las que ameritan la atención más especializada. Se dividen en dos subtipos:

a. cuando la gestación ocurre con patología gineco-obstétrica y/o fetal;

b. cuando la gestación ocurre con patología general, que afecta la salud materna y/o fetal con o sin antecedentes de morbilidad materna y/o mortalidad perinatal.

**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. Con hemoglobina menor de 9 y hematocrito 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.

Tipo de control prenatal	Semanas de gestación
Precoz	Hasta 13 semanas
Tardía	14 semanas y más

*PERIÓDICO*

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**

<b>Uso del calendario</b>	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.
<b>Uso del Gestograma o Disco Obstétrico</b>	Se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la regla, la fecha corresponde a la edad gestacional.
<b>Evaluación del tamaño uterino</b>	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)
<b>Antropometría ecográfica</b>	Su aplicación está basada en la relación que existe entre amenorrea, desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto mas temprana se realice, se obtiene mayor precisión. Se mide: Longitud máxima céfalo-caudal (parámetro más fiel); Diámetro biparietal y 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:

FUR = 07/05/03 FPP = 14/02/04

FUR = 28/06/03 FPP = 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:**

1ª Consulta: en el transcurso de las primeras 13 semanas.

2ª Consulta: entre las 15 - 18 semanas

3ª Consulta: entre las 22 - 24 semanas

4ª Consulta: entre las 27 - 29 semanas

5ª Consulta: entre las 33 - 35 semanas

6ª 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
- Cinta obstétrica
- Estetoscopio de Pinard
- Historia Clínica Perinatal
- Carnet 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.
- Llenado de la Historia Clínica Perinatal y Carnet (ver anexo Historia Clínica prenatal).
- Identificación.
- Antecedentes familiares y personales.
- Antecedentes obstétricos: 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, VDRL, 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, ácido fólico, polivitamínicos 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 Carnet 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 desnutrición 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 (IEC) 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 específicos y actividades propuestas para la atención integral a la embarazada**

***Objetivos específicos***

- 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 sobre el 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.
- Confirmar el embarazo.
- Confirmar la existencia de vida fetal.
- Anticipar el diagnóstico y la 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.

**Actividades**

- Utilización de tecnologías apropiadas.
- Empleo de un sistema informático prenatal.
- Anamnesis.
- Evaluación de riesgo perinatal.
- Determinación de la edad gestacional y fecha probable del parto.
- Investigación del peso pregestacional y medición de la talla materna, ganancia de peso y altura uterina durante la gestación. Complementar con estudios ecográficos.
- Vacunación con toxoide tetánico.
- Determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh.
- Interrogatorio sobre tabaquismo, alcohol y uso y abuso de otras drogas.
- Examen clínico integral.
- Examen de las mamas.
- Examen odontológico.
- Examen gineco-obstétrico, signos de probabilidad y certeza de embarazo.
- Examen clínico integral y diagnóstico de vida fetal.
- Evaluar el patrón de la contractilidad uterina (frecuencia, duración, intensidad).
- Examen genital.
- Papanicolaou-colposcopia. Prevención, detección y tratamiento.
- Hemoglobina, administración de hierro y ácido fólico.
- Examen de orina. Determinación de 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.

**Cuadro 11**

**Actividades en consulta prenatal. Esquema de 6 consultas**

Consulta N°	1	2	3	4	5	6
Semanas de gestación	<14	15-18	22-24	27-29	33-35	38-40
Supervisor:						
Actividades:						
<b>Elaboración de Historia Clínica Perinatal</b>						
a) Interrogatorio general y obstétrico	x	x	x	x	x	x
<b>b) Examen clínico integral:</b>						
Medición, registro, interpretación y valoración de la talla, peso y tensión integral.	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 altura uterina, registro, interpretación, 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, 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 del riesgo.	x	x	x	x	x	x
<b>Exámenes de laboratorio:</b>						
Hematología completa	x					x
Glicemia en ayunas	x		x		x	x
Urea y creatinina	x		x			x
Grupo sanguíneo. Factor rH	x					
VDRL	x		x			x
VIH	x			x		
Toxoplasmosis (IgM, IgG)	x					
Serología por hepatitis B	x					
Examen de orina	x	x	x	x	x	x
Examen de heces	x					
Citología	x					
Colposcopia (de acuerdo a resultados de la citología)						
Vacunación con toxoide tetánico	x		x			
Examen odontológico	x					
Suplementación con hierro, ácido fólico, calcio	x	x	x	x	x	x

**Cuadro 12**

**Uso de medicamentos durante el embarazo y su teratogenicidad \***

Penicilina A	Naproxeno B	Diazepan D	Ácido Valproico D
Ibuprofeno B	Nitrofurantoina B	Efedrina C	Fenitoina D
Amilorid B	Nistatina B	Etambutol C	Heparina D
Carbencilina B	Fenobarbital B	Estreptomycin 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	Warparina 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 indican 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.

**Cuadro 13**

**Niveles de atención integral a la embarazada**

<b>Criterios de riesgo</b>	<b>Niveles de atención</b>	<b>Actividades</b>
	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	Atención especializada del equipo de salud. Exámenes clínicos de mediana complejidad.
	Nivel I 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 actividades que se listan a continuación.

**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, 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 deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o decúbito lateral izquierdo para favorecer el retorno venoso.
- Orientar a la embarazada sobre técnicas de relajaci3n y respiraci3n de acuerdo al grado de dilataci3n.
- Proveer cuidados permanentes durante el trabajo de parto.
- Mantener vía periférica permeable.
- Registrar los medicamentos usados: tipo, dosis, vía de administraci3n 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 raz3n de 21 gotas por minuto respectivamente. Su administraci3n 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 evoluci3n clínica (tensi3n arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria).
- Controlar el bienestar materno y fetal mediante la verificaci3n y registro en el partograma (ver anexos), cada hora de la dinámica uterina por palpaci3n (tono, intensidad, frecuencia, duraci3n) antes, durante y después de la contracci3n uterina.
- Verificaci3n y registro en el partograma de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos, antes, durante y después de la contracci3n uterina.
- Mantener las membranas ovulares íntegras hasta los 5 centímetros de dilataci3n en embarazos normales (según normas internacionales de OMS).
- Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del trabajo de parto mediante la verificaci3n y registro en el partograma (ver anexo) del progreso de la dilataci3n cervical y el descenso de la presentaci3n 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 dilataci3n, hasta los 5 cm., en los casos de evoluci3n normal, a partir de 5 cm.
- Practicar el tacto cada 2 horas según el partograma y constatar:
  - Borramiento y dilataci3n cervical.
  - Tipo y descenso de la presentaci3n (Planos de Hodge)
  - Variedad de posici3n, 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 multíparas.

**Cuadro 14**

**Planos de pelvis y su relación con la altura de la presentación 65**

	<b>Planos de Hodge</b> (Escuela europea)	<b>Estaciones de Lee</b> (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 retropropulsado	IV PLANO Planos Paralelos	ESTACION + 4 Planos perpendiculares al canal del parto

**B. 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.  
Episiotomo.  
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.  
Curetetas de Sims y cureta de Pinard.  
Suturas.  
Equipo de venoclisis.  
Guantes.  
Sondas de Foley.

#### ***Medicamentos.***

Oxitócicos, soluciones, analgésicos, antibióticos, sulfato de magnesio, adrenalina, atropina, gluconato de calcio, bicarbonato de sodio, heparina, útero 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

**Cuadro 14**  
**Signos y síntomas de alarma en las emergencias obstétricas**

<b>Signos y síntomas</b>	<b>Emergencias obstétricas</b>
Presión arterial por encima de las cifras habituales (si se tienen datos anteriores del control) o cifras iguales o superiores a 140-190 mm Hg. Edema matutino de miembros inferiores. Cefalea intensa y persistente. Visión borrosa que puede ir acompañada de escotomas centelleantes. Zumbidos en oídos. Disminución de la cantidad de orina (anuria). Dolor abdominal en epigastrio. Convulsiones.	<i>Antes de la semana 20 de la gestación:</i> Hipertensión crónica agravada por la gestación.  <i>Después de la semana 20 de la gestación:</i> Hipertensión gestacional Preeclampsia leve y grave, eclampsia.
Sangrado vaginal: sin dolor o con dolor abdominal variable, de acuerdo a la patología. Signos de choque hipovolémico. Hipotensión, taquicardia, palidez, sudoración, piel fría.	<i>Primera mitad de la gestación:</i> Embarazo ectópico Amenaza de aborto  <i>Segunda mitad de la gestación:</i> Mola Hidatiforme Placenta previa Desprendimiento prematuro de la placenta  <i>Postparto:</i> Retención de restos placentarios Atonía uterina Desgarros Rotura uterina Inversión uterina
Temperatura elevada, escalofríos. Expulsión de líquido amniótico con fetidez. Loquios fétidos y/o purulentos. Involución uterina y sensibilidad abdominal en hipogastrio.	Sepsis. Infección en vías urinarias. Corioamnionitis. Endometritis postaborto, postparto, postcesárea. Mastitis.
Salida de líquido amniótico por la vagina antes o al iniciar el trabajo de parto.	Ruptura prematura de membranas.
Flujos vaginales anormales y/o presencia de lesiones en genitales o en piel.	Infecciones de transmisión sexual.
Dos o más contracciones uterinas en 10 minutos y salida de tapón mucoso antes de la semana 36 de la gestación.	Trabajo de parto prematuro.
Ausencia de movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal menor de 120 por minuto o más de 160 minutos. Ausencia de latido cardíaco fetal.	Sufrimiento fetal agudo. Muerte fetal.
Ausencia de movimientos respiratorios, cianosis peribucal y de uñas.	Problemas cardíacos y respiratorios.

#### 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 el cumplimiento de las actividades que se señalan a continuación.

##### **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, 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 (ángulo 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 N° 8 o 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 o hija, 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 los errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo congénito y PKU)
- Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto
- Apego precoz (amamantamiento inmediato) y alojamiento conjunto
- Otorgar ciudadanía
- Evaluación y referencia adecuada
- Para garantizar condiciones óptimas y la adaptación inmediata a la vida extrauterina, se debe:
  - Evitar pérdida de calor
  - Asegurar permeabilidad de vías respiratorias
  - Evaluar frecuentemente al recién nacido y mantenerlo vigilado
  - Realizar el apego precoz
  - Detectar tempranamente malformaciones externas.
  - Realizar antropometría (peso, talla, circunferencia cefálica, abdominal)
  - Evaluar vitalidad, Frecuencia cardiaca y respiratoria 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 cardíaca, color y tono (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.
- En caso de respiración comprometida, aplicar protocolo de reanimación asistida por personal entrenado.

**Cuadro 15**  
**Puntaje de Apgar**

Elemento	Signo	Método para asignar puntuación	0	1	2
Aspecto	Color	Evaluación visual	Cianosis, palidez general	Cuerpo rosado. Acrocianosis	Totalmente rosado
Pulso	Frecuencia cardíaca	Pulso del cordón umbilical o auscultar corazón	Ausente	< 100	> 100
Gesto	Irritabilidad 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

**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 los errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo congénito y Fenilcetonuria - PKU)**

- 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 otros 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 tirotropina (TSH) y errores congénitos del metabolismo, en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes de cumplir los 15 días de nacido, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). Para hipotiroidismo congénito 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, lo ideal es a partir del 2º al 5º al día, que haya realizado un ciclo completo de digestión, para la detección de otros errores innatos del metabolismo como la fenilcetonuria.
- 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 suspenderlo hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de ese 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 durante su hospitalización.
- En niños con situación especial, establecer criterios adecuados de alimentación con lactarios y 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 caso de muerte del recién nacido, asegurar el llenado correcto del certificado de defunción.

**Consulta de recién nacidos**

*Población objeto*

Está conformada por el total de niños y niñas que nacieron y fueron atendidos en los centros.

*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:* Cuatro (4) recién nacidos por hora-médico de contratación. En una relación de uno (1) de primera vez por tres (3) de control.

**Cuadro 16**

**Algunas situaciones de alto riesgo en las que puede preverse la reanimación**

Situación de alto riesgo	Intervención primaria
Parto pre-término	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
Polihidramnios (obstrucción gástrica)	Aspiración nasogástrica
Oligoamnios (hidroplasia 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 N° 0 al 1.
- Bolsa de reanimación (< 750 ml) con manómetro.
- Máscaras faciales N° 0 y 1.
- Tubos endotraqueales N° 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 N° 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. Reparición 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 oxitócico**

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 constatarse 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) post-evento 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 deben 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 puerpera con su recién nacido a la sala de alojamiento conjunto y llenar la historia clínica perinatal y el carnet 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 unidades de oxitocina y una (1) ampolla de Metilergonovina (iv), seguida de 10 unidades de oxitocina disueltas en 500 cc de solución fisiológica a razón de 5 ml/mnin.
- *Si el útero está contraído y continúa 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.

**Cuadro 17**

**Tratamiento en caso de hemorragias postparto**

Medicamento	Vía/dosis	Indicaciones
Methergin (no administrar a mujeres con problemas de hipertensión, cardíacos o renales).	Intramuscular: 1 ampolla de 1 ml. Única dosis. Si no hay ampollas utilizar comprimidos de 0,125 cada 8 horas durante 12 a 24 horas.	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.
Oxitocina (si continúa el sangrado).	5 unidades oxitocina y 1 ampolla de metil-ergonovina (i.v.), seguida de 10 unidades de oxitocina disueltas en 500 cc de solución fisiológica a razón de 5 ml/min.	Observe si el sangrado vaginal disminuyó. Palpe el útero para determinar involución uterina. Si esto no ocurre: Coloque a la paciente en posición de Trendelenburg y abríguela. Controle TA, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria, y correlacione con e interrogatorio y observación. Realice masaje uterino a través de la pared abdominal hasta el que útero se contraiga. Canalice una vena de buen calibre y administre líquidos endovenosos. Si se dispone, coloque oxígeno: 4 litros por minuto. Si el útero está 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.

**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 (preeclampsia y eclampsia).

**Cuadro 18**

**Manejo de anticonvulsivantes en la gestación con trastornos hipertensivos asociados al embarazo**

Medicamento	Vía/dosis	Indicaciones
Diazepam Ampollas de 2 ml con 10 mg	10 mg dosis única, una ampolla intramuscular.  10 mg, 1 ampolla de 2 ml diluida, muy lenta, vía intravenosa.	Controlar convulsiones. Controlar signos vitales. Anotar los medicamentos administrados (dosis, horas y reacciones presentadas). Observar a la gestante en búsqueda de efectos secundarios (somnia, fatiga, desvanecimientos, debilidad muscular).
Sulfato de magnesio al 50%. Ampolla de 2 gr en 10 ml.	6 gramos de sulfato de magnesio diluido en 100 cc de solución dextrosa al 5%.	Aplicar el medicamento endovenoso, muy lento, mínimo en 20 minutos. Observar reacciones como calor, rubor, mareos, náuseas si la administración ha sido muy rápida. Controlar frecuencia respiratoria: no debe ser menos de 14 por minuto. Controlar diuresis y suspender si la cantidad de orina es menor 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, 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 perinatal.
  - Vigilancia mínima de dos veces al día por el equipo de salud.
  - Favorecer la deambulación precoz, dieta completa y vigilar la hidratación.
  - Control de signos vitales (tensión arterial, pulso, temperatura), cada seis (6) horas.
  - Vigilar sangrado genital, episiorragia, 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 post-evento obstétrico.
  - En caso de no haber optado por ningún método, hacer orientación al respecto y recomendar los servicios de planificación familiar.
  - Orientar a la madre sobre higiene personal, alimentación, lactancia materna, signos de alarma, anticoncepción, prevención de cáncer cérvico-uterino y mamario,

- prevención de ITS-VIH/sida, cuidados, control e inscripción del recién nacido en el Registro Civil, 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 isoimmunización 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 conformada 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.

## **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 post-aborto.
- 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 aplicó algún método anticonceptivo postparto 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 psicosocial.
- Número de embarazadas referidas a atención nutricional.
- Número de embarazadas referidas a programas de educación prenatal o educación en SSR.

**5.8. Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas** (ver Anexo, páginas 220-233).

## 6. 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 un 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, cuando 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 temporalmente, 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

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; sustituir 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

**Cuadro 19**

##### **Drogas indicadas y contraindicadas**

<b>Drogas indicadas</b>	<b>Precaución</b>	<b>Contraindicadas</b>
Casi todos los antibióticos	Anticonceptivos	Quinolonas
Anticonvulsivantes	Diuréticos	Antimetabolitos y
Anticoagulantes	Aspirina	antineoplásicos
Drogas antihipertensivas y del sistema nervioso central	Hipnóticos y ansiolíticos	Yoduro
Analgésicos y antiinflamatorios	Antihistamínicos de larga duración	Drogas que causan alteración del
Psiquiátricas, antidepresivos, antipsicóticos	Bicarbonato de sodio	comportamiento y adicción ( morfina, nicotina, cocaína, marihuana, etc.)
Antihistamínicos de corta acción	Hormonas y drogas antitiroideas	
Agentes gastrointestinales (antiácidos, antidiarreicos, antihelmínticos)		

#### 6.5 Problemas tempranos de la madre

**Cuadro 20**

##### **Problemas tempranos en la madre**

<b>Problemas</b>	<b>Indicaciones</b>
Congestión de los pechos (en algunos casos presentan fiebre durante más o menos 24 horas. “Fiebre láctea”, cede sin tratamiento. Si persiste debe descartarse infección).	Dejar que el niño/niña mame cada vez que quiera. Si el niño/niña 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 disponibles en el mercado. Si la madre trabaja, debe ordeñarse la leche para que alguien se la suministre al niño/niña 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 bebé está mamando. Aplicar compresas tibias sobre el pecho entre las tomas. Comenzar la mamada en el pecho no afectado.
5. Absceso mamario.	El bebé puede seguir amamantando. Extraer la leche del pecho afectado. Analgésicos. Antibióticos. Compresas tibias. Drenaje quirúrgico si es necesario.

**Cuadro 20 (cont.)**

6. Pezón adolorido.	Ayude a la madre a confiar en su destreza. Mejore 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/niña**

**Cuadro 21**

**Problemas tardíos en la madre y el niño/niña**

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 tasa y peso del lactante.
2. Llanto debido a “crisis de lactancia”.	Aumente la frecuencia de las mamadas en número mayor a 12 veces por día. Evalúe las técnicas de lactancia materna (énfasis en la posición para amamantar) No recomiende fórmulas 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 el ambiente tranquilo para amamantar.
4. Regreso al trabajo.	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 ofrezca la leche materna extraída con vaso o cuchara. Recuerde que el trabajo de la mujer es necesario para ella y para la sociedad pero no justifica el abandono de la lactancia materna.
5. La madre toma anticonceptivo oral.	La combinación de anticonceptivos orales (estrógenos y progestinas) no puede tomarse durante la lactancia. Sin embargo, las minipíldoras (progestina exclusivamente) pueden prescribirse sin riesgo.

**6.7. Asesoría**

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 estos 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 postnatal 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 dé 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.
- Número 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.

## 7. Atención ginecológica

### 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. Población objeto

Toda la población femenina indistintamente de la edad:

Infantil: hasta los 09 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 de mamas, tratamiento y referencias oportunas según el caso y el nivel de atención, para contribuir a disminuir la morbimortalidad de la mujer por esas causas.

Los servicios de atención ginecológica se deben ofrecer a toda mujer desde su nacimiento.

### 7.5. Aplicación de tecnologías

#### **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 frente a los diferentes factores que condicionan la probabilidad de padecer un daño. De acuerdo a estos factores determinantes existen dos grupos:

*a) 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.

*b) 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, densitometría 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 autoexamen.

Examen ginecológico con toma de citología cérvico-vaginal de acuerdo a la Norma del Programa Nacional de Oncología del MPPS.

Prueba 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 auto-reconocimiento de sus factores de riesgo.
- ITS-VIH/sida y sus medidas preventivas, detección y tratamiento.
- Cáncer cérvico-uterino, de ovario y de 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 promover 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. Asesoría**

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 actualizado/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 evaluación**

- Porcentaje de 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.
- N° de personal de salud capacitado.
- N° de actividades educativas realizadas.
- N° de personas referidas a atención psicológica y social
- N° de personas referidas a programas y proyectos de educación en SSR.

## 8. Atención 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. Concentración

- 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) de control.

**Factores de riesgo que deben prevenirse y/o manejarse para que no afecten la salud de la mujer climatérica:**

- 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 en orina.
  - Perfil hepático
  - Perfil lipídico
  - Análisis de orina
  - Perfil hormonal: FSH (en la perimenopausa), 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 osteopenia
  - 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 perimenopáusica y postmenopáusica 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 está indicada)
- Educación a la mujer sobre el climaterio, la terapia hormonal, el autoexamen 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 está indicada).
- Biopsia de endometrio según el resultado de la ultrasonografía.
- Ajustar dosis de estrógeno y progestágeno.
- Añadir tratamiento adicional para la osteoporosis si está 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 está 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.
- Densitometría ósea (si está indicada)
- Ultrasonido (si está indicado).
- 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.
- Densitometría ósea (si está indicada)
- Ultrasonido (si está indicado).
- Biopsia de endometrio según resultado de la ultrasonografía.

## 8.6. Tratamiento hormonal sustitutivo (THS)

### 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; 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.
- Usuaris 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.

### Cuadro 21

#### Criterios de exclusión para la terapia de reemplazo hormonal

Síntomatología de la paciente	Opciones terapéuticas		
	Oral	Transdérmica	Vaginal
Síntomas climatéricos	+	+	
Atrofia vaginal	+	+	+
Enfermedad arterial	+	+	
Comienzo de tratamiento 1ª vez	+	+	
Náuseas y vómitos		+	
Síntomas psicosexuales	+	+	+
Hipertensión	+	+	

### Preparados disponibles y dosis

Estrógenos	Dosis (mg) disponibles	Dosis/día
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
Transdérmicos		
Parches de 17-B estradiol	25 - 50 - 100 (parche 50)	0,05 mg/sesión día
Gel de 17-B estradiol	60 gr.	2,5 de gel (1,5 mg estradiol)
Vaginales		
Óvulos, Cremas		0,5 mg

### Formas de administración

Todas las vías de administración son eficaces, siempre y cuando se consigan niveles plasmáticos óptimos (se puede manejar y reajustar las dosis según necesidad, las otras vías después de administrada no se puede hacer nada).

### 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.	Hipertrigliceridemia
Produce niveles farmacológicos sostenidos	

### 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 por semana.
  - Forma cíclica: 2 parches por semana por 3 semanas y descansar a la cuarta semana.
  - Son costosos.
  - Se despegan con facilidad.

Ventajas	Desventajas (relativas)
Son prácticos, bien tolerados	Producen niveles plasmáticos variables
No tienen paso hepático por lo que no producen efectos neovasculares ni vasculares periféricos	Causan reacciones dérmicas locales debido a la goma: ardor, prurito.
No alteran los sistemas de coagulación	No protegen contra la hiperlipidemia
Evita la osteoporosis posmenopáusica al disminuir la pérdida de calcio	Son costosos

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 o 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.

### Vía Transvaginal: Óvulos - 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.

Ventaja	Desventajas
Fácil y sencilla aplicación	Pueden causar irritación local o prurito al comienzo del tratamiento
	No protegen contra la cardiopatía isquémica ni las complicaciones

Efectos secundarios de los estrógenos (es más frecuente por los progestágenos): náuseas; cefaleas; edema o hinchazón; tensión mamaria intensa; sangrado irregular.

### Progesteronas disponibles y sus derivados

Vía 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 postmenopáusicas 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**

Esteroides relacionados 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.

### **Vía de elección según sintomatología de la paciente**

Sintomatología de la paciente	Opciones terapéuticas		
	Oral	Transdérmica	Vaginal
Síntomas climatéricos	+	+	
Atrofia vaginal	+	+	+
Enfermedad arterial	+	+	
Comienzo de tratamiento, 1ª vez	+	+	
Náuseas y vómitos		+	
Síntomas psicosexuales	+	+	+
Hipertensión	+	+	

### **Pautas terapéuticas**

El tratamiento hormonal sustitutivo tiene cinco modalidades terapéuticas.

1. *Estrógenos sin oposición:* solamente para ser administrado en aquellas pacientes sin útero.
2. *Progestágenos solos:* Solamente en pacientes en las cuales está contraindicada la terapia estrogénica, que tengan sangrado irregular; pacientes que rechacen en un principio la terapia estrogénica.
3. *Terapia cíclica combinada:*  
Estrógeno 1-21 días  
Libre 22-30 días  
Progestágeno 11-21 días

*Forma de administración:*

Se administra 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 premenstrual y jaquecas migrañosas.

**4. Terapia de estrógenos continuos y progestágenos cíclicos:**

Estrógeno 1-30 días

Progestágeno 1-12 días

Menstruación

*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.

**5. Terapia continúa de estrógeno y progesterona**

Estrógeno 1-30 días

Progestágeno 1-30 días

*Objetivos de la terapia:*

- Conseguir atrofia endometrial (96%)

*Precauciones a informar a la paciente:* informar 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.

**Vía de elección según sintomatología**

Usuaris	Opciones terapéuticas			
	Estrógenos	Cíclica combinada	¿Estrógenos continua, progestágenos cíclicos?	Continua combinada
Joven con útero				
Joven sin útero	+			
Premenopáusica con útero				
Premenopáusica 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 menopáusicas atendidas
- Número de mujeres climatéricas o menopáusicas con estudios citológicos realizados y reportados
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas con perfil lipídico anormal
- Número de mujeres climatéricas o menopáusicas con densimetría ósea realizadas y reportadas
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas con mamografías realizadas y reportadas
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas que recibieron terapia hormonal de reemplazo
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas con mejoría en la sintomatología (síntomas vasomotores, resequedad vaginal/piel, inestabilidad emocional, dolores osteo-musculares)
- Número de mujeres con Dx de osteoporosis
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas tratadas por osteoporosis
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas referidas a atención psicológica y social
- Número de mujeres climatéricas y menopáusicas referidas a programas y proyectos educativos de SSR.

## 9. Atención al hombre adulto 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. Población 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. Concentración

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

a) Bajo riesgo: asintomático menores de 50 años.

b) 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:*

a) *Factores de riesgo para disfunción sexual*

- Tabaquismo, alcoholismo, drogas, sedentarismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia

b) *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 deben promover acciones integrales de educación para la salud en los servicios sanitarios y en la articulación con las redes para 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 posmiccional, 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, ácido úrico, examen de orina; prueba de Elisa para VIH; prueba VDRL; antígeno prostático.

### Algoritmo atención integral hombre mayor de 40 años (ver anexo, p. xyz)

### 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.

### 9.9. Actividades a realizar en la tercera consulta

- Igual a las actividades referidas en la segunda consulta
- Evaluación del antígeno prostático específico (APE).

### 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**

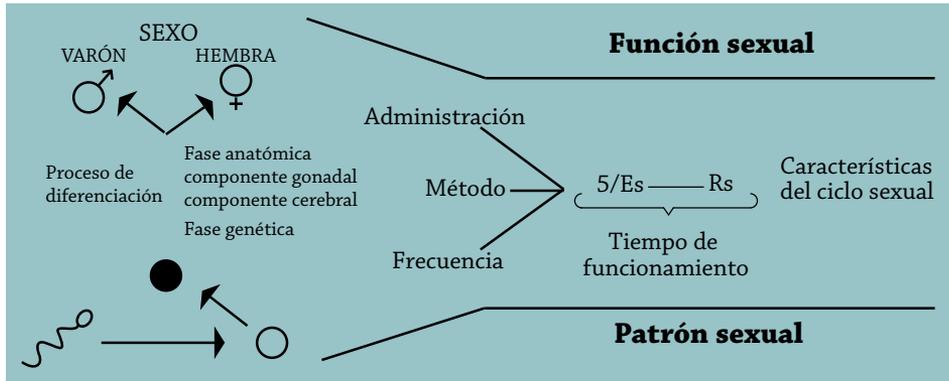
- Corregir enfermedades coexistentes tales como hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias y otras.
- Eliminar factores de riesgo como obesidad, tabaquismo, alcoholismo.
- El personal de equipo de salud garantizará a toda la población masculina estrategias en información, educación y comunicación (IEC) sobre 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 estudio de 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.

## 10. 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, 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, la orientación sexual, las prácticas coitales, situaciones fisiológicas como el embarazo, la menopausia y andropausia.

### 10.1 Fase genética

La fase de diferenciación del sexo está determinada por el 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 anatómica

El 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, las cuales 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 garantizarán los ritmos biológicos tanto en el hombre como la mujer.

*Componente cerebral:* posee como factor principal estructuras que permitirán la autoaceptación del cuerpo y órganos genitales según el sexo al cual se pertenece. 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 conducirá/orientará el proceso de aprendizaje progresivo de conductas "masculinas" o "femeninas", que varían de país a país y de región a región.

### 10.3. Clasificación de las disfunciones sexuales

**Primarias:**

Las que se experimentan desde el inicio de la función sexual.

**Secundarias:**

Si aparecen después de un periodo 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.

## 11. Prevención y control del cáncer ginecológico

### 11.1. Cáncer cérvico-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 intraepiteliales 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 de 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 diagnóstico oportuno.

#### 11.1.1 Objetivo general

Realizar acciones de prevención de cáncer de cuello uterino y de 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. Se pueden tomar en otras consultas ¿?
- La consulta de atención a la mujer debe convertirse en un puente de comunicación y educación hacia la comunidad, con el fin de motivar a la población del riesgo si no cumplen periódicamente sus controles citológicos.

#### 11.1.3. Población objeto

Para cáncer cérvico-uterino, son objeto del programa las mujeres entre 25-64 años. Para cáncer de mama las mujeres mayores 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

##### a) Para cáncer cérvico uterino:

- Edad menor de 30 años.
- Inicio de relaciones sexuales antes de 18 años.
- Promiscuidad sexual de la mujer y/o de su pareja.
- Bajo nivel educativo.
- Infección genital por VPH.

- Falta de control ginecológico.
- Multiparidad.

**b) Para cáncer de mama:**

- Edad mayor de 35 años.
- Nulípara o primigesta mayor de 35 años.
- Obesidad y diabetes.
- Ingesta elevada en grasas saturadas.
- Antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, endometrio u ovario.
- Menarquia precoz y menopausia tardía (mayores de 50 años).
- Terapia estrogénica prolongada en la postmenopausia (más de 5 años).

**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 autoexamen 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 útero (D06.9)

**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 exo-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 N° 1) Esta?

- 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 carnet 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 anomalía.
- 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 VPH) 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 anomalía.
- Lesión que se extiende a canal.
- Citología con anomalías 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 (ver anexo, p. www)**

**La toma de citología es el procedimiento imprescindible en el programa de control de cáncer de cuello uterino.**

**Condiciones generales**

- El día del examen la mujer no se hará ducha ni tratamiento vaginal.
- En caso de sangrado, visualizar el cuello uterino: sí 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.
- 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. A las pacientes con LIE de bajo grado se les debe repetir 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 portaobjeto 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 o 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 requerir 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 o 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 autoexamen 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.

#### **Cuándo 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.
- Área 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 autoexamen de mamas.
- Descentralizar la pesquisa y centralizar el diagnóstico de acuerdo a los niveles de atención.

En Anexo diagrama de decisiones correspondientes a la Patología Cervical (ver páginas 235-236).

## **11.2. Cáncer de endometrio y de ovario**

### **11.2.1. Cáncer de endometrio**

#### **Factores de riesgo**

- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Estados que produzcan hiperestrogenismo

#### **Clínica**

- Metrorragia
- Leucorrea
- Dolor

#### **Diagnóstico**

- Biopsia de endometrio
- Histeroscopia

#### **Estadios**

E0: Carcinoma in situ

EI: 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

EII: El adenocarcinoma afecta el cuerpo y el cuello uterino

EIII: 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 weheim-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.

#### **Estadios**

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.

## 12. 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, se impone una mayor demanda en los recursos humanos y económicos de ahí 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, por eso 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

Implantar 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 que este personal se convierta en un promotor del cambio social.
- Garantizar la atención integral de la usuaria y el usuario en la red de atención por personal calificado, por etapa del ciclo de vida, con enfoque de riesgo, de 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 transmisión 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 ITS-VIH/sida) 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 ITS-VIH/sida. 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 (consultar listado de centros de atención y coordinaciones del Programa Nacional de ITS-VIH/sida).

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 de 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. También a su pareja.

- Si se desconoce la situación de serología en el momento del parto o postparto de inmediato se debe indicar con carácter urgente la realización de las pruebas (ver Pautas de Tratamiento Antirretroviral en Venezuela ¿dónde? programa).
- Se debe ofrecer 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 y trabajadores del sexo y hombres que tienen sexo con hombres)
- Debe ofrecerse la prueba de VIH a todas y todos los usuarios 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 que se cumpla 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 instrumentar 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 trabajadores y trabajadoras de la 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 cesárea 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 (VDRL) mensual (por 3 meses consecutivos), clínica y estudio radiológico de huesos largos. Los niños provenientes de madres sifilíticas 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 sifilítica activa, a no ser que esté acompañada de la correspondiente sintomatología, ya que puede tratarse de una simple transferencia pasiva de reaginas. 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.

### Qué 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 realizaran las siguientes acciones:

- Suspender la actividad.
- Exprimir la herida para que sangre.
- Lavar con abundante agua y jabón.
- Acudir al servicio hospitalario más cercano (consultar listado de centros de atención y coordinaciones del Programa Nacional de ITS-VIH/sida ¿
- 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 (condón), 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 resultado de prueba “ELISA” positivo confirmados con Western Bloth.
- Número de embarazadas con prueba “ELISA” realizada y positiva.
- Número de embarazadas diagnosticadas 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 MPPS.

## 13. Violencia doméstica, intrafamiliar y sexual

### 13.1. Aspectos jurídicos

En Venezuela los delitos sexuales están penalizados, 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”, que protege 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 Orgánica de Protección a Niño, Niñas y Adolescentes (LOPNNA); 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 Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que 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. Órganos 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 pueden 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 para:**

- Entender lo que han experimentado.
- 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 violación sexual**

Aun 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 adultas/os y adolescentes de la comunidad en la realización de actividades dirigidas a las niñas y los niños.
- 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 de Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- 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 niñas, niños 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, del feto, de niñas, niños y adolescentes.

La violencia doméstica e intrafamiliar es una práctica aprendida, consciente y

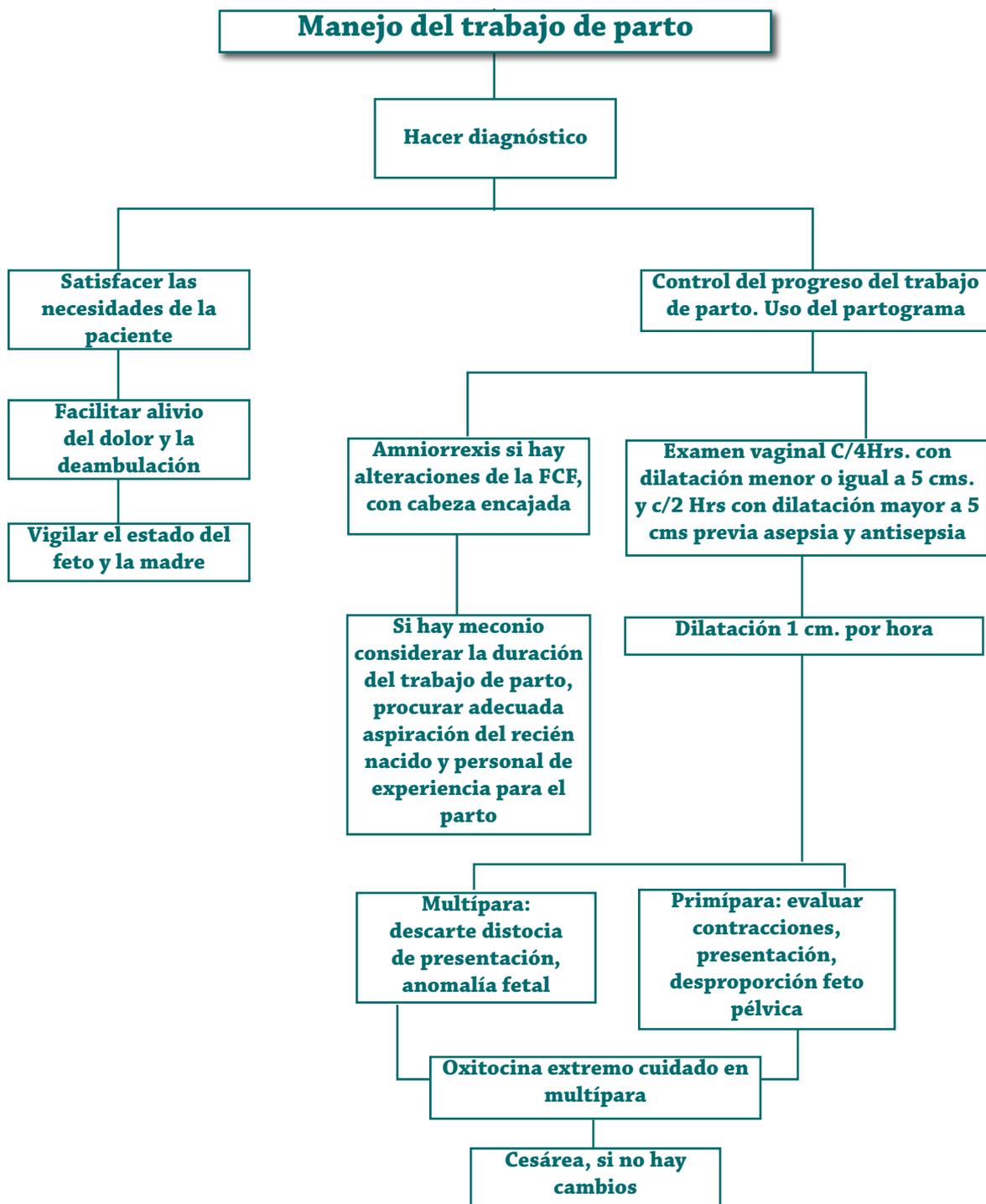
orientada, resultado de la desigualdad social, entre mujeres y hombres, donde los hombres generalmente ejercen el poder a través de la violencia física, psicológica y sexual, es una forma de subordinación y dominación basada en el género y la edad. También los insultos y la desvalorización, la prohibición 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. Tienen que ser fuertes y valientes 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” página zzz de la presente Norma).

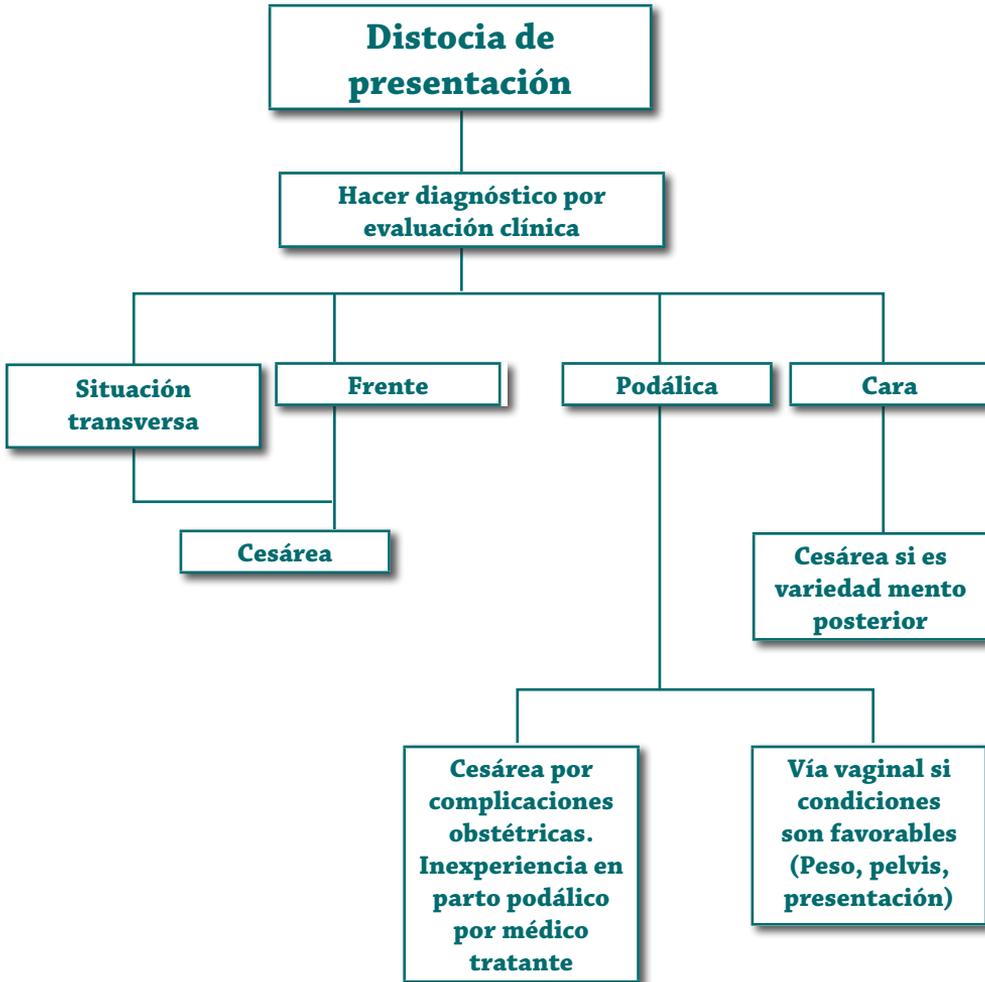
### **13.6. Indicadores de rendimiento**

- 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.

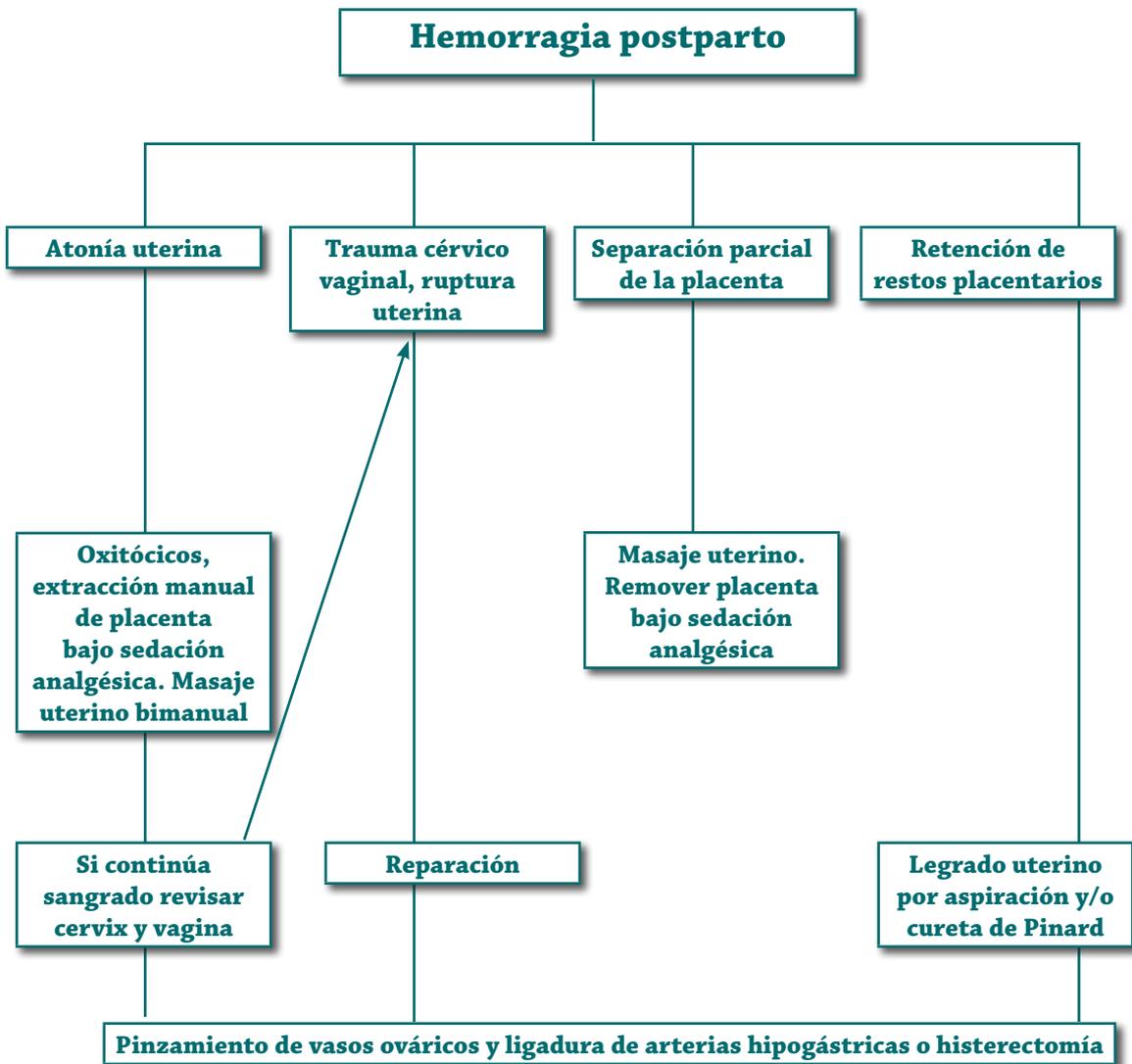
**Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas**



**Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas**

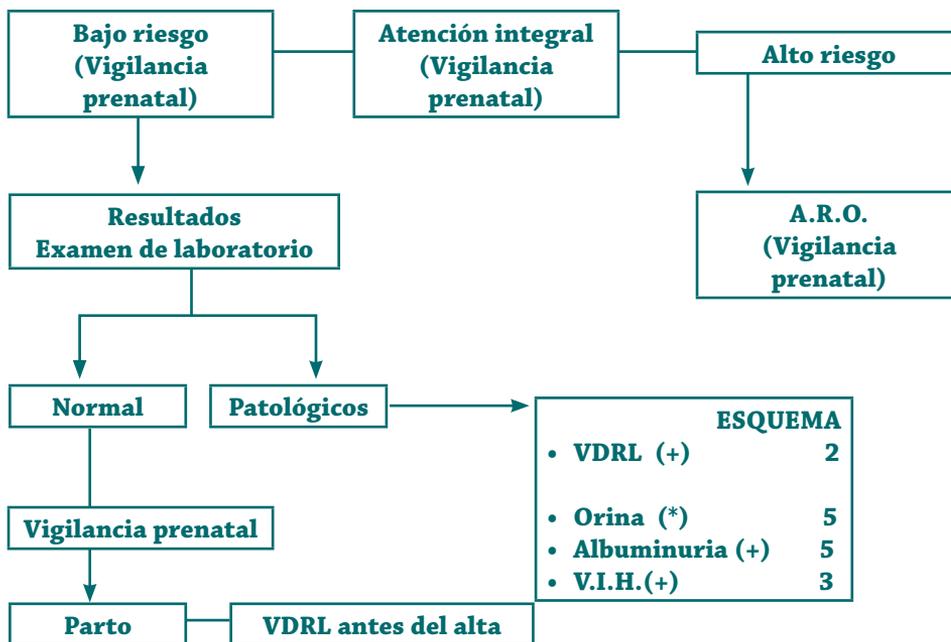


Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas



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. Toxide Tetánico

**2do. TRIMESTRE:** 2do. VDRL. 2do. Toxide Tetánico

**3er. TRIMESTRE:** 3er. VDRL. 2do. Glicemia.

**Bajo riesgo**

- **Antecedentes patológicos:** Familiares y personales.
- **Embarazo fisiológico.**

**ALTO RIESGO:**

Embarazo con Patologías

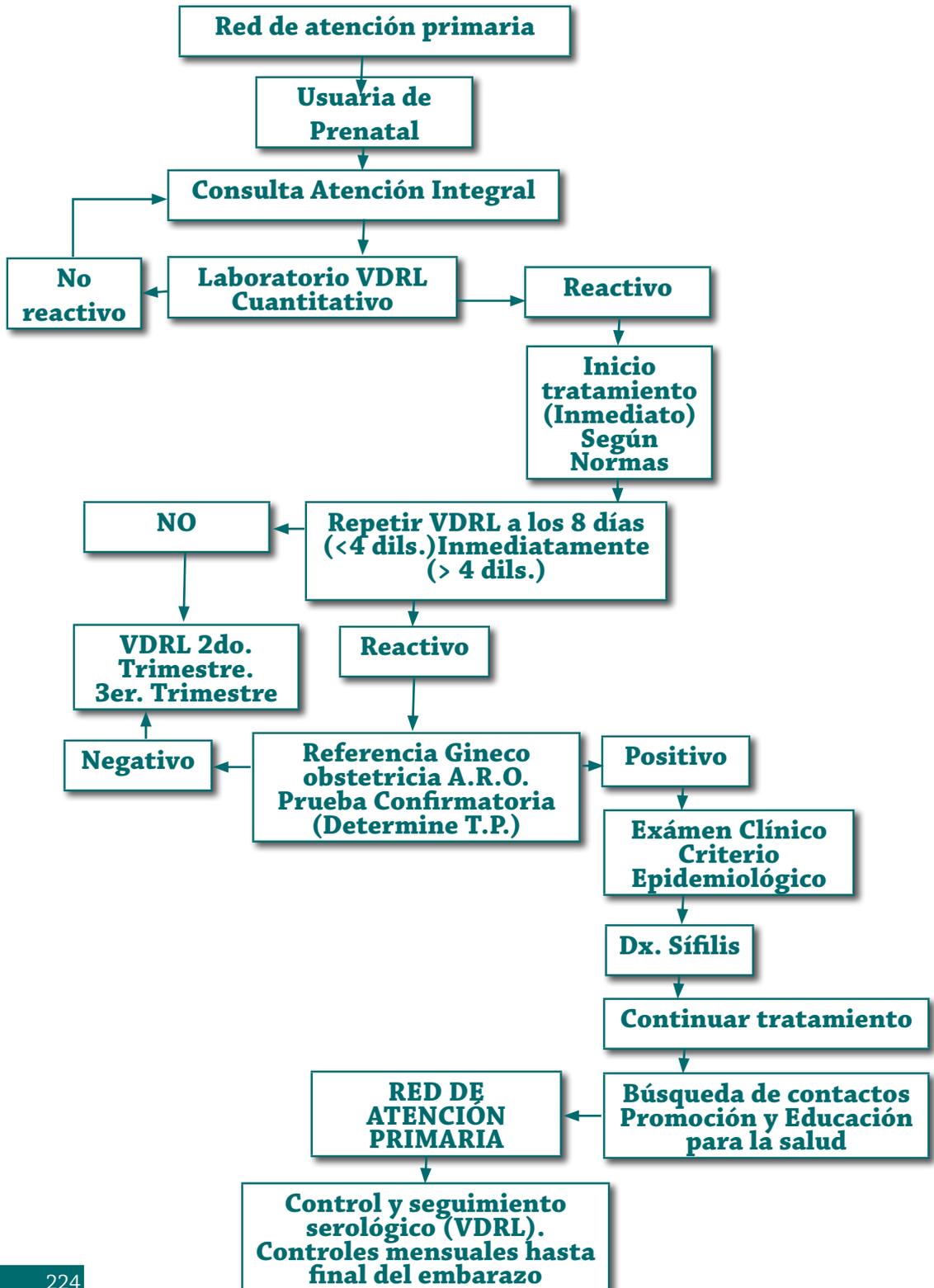
**A.R.O. (Alto Riesgo Obstétrico)**

Referir Gineco Obstetra

**PATOLOGÍA ESQUEMA**

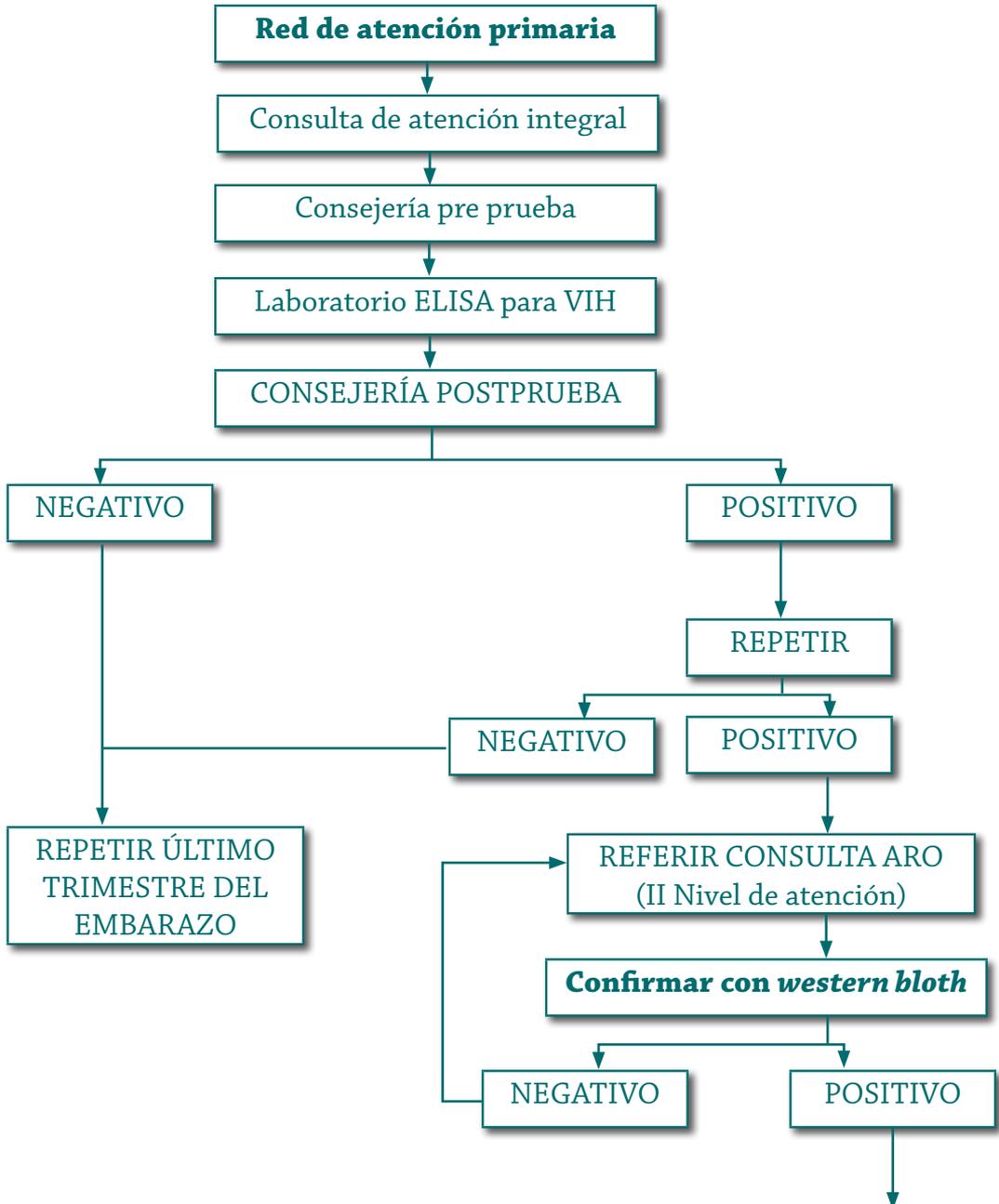
- **SÍFILIS** 2
- **VIH/SIDA** 3
- **HTA** 4
- **SEPSIS** 5
- **HEMORRAGIA** 6
- **DIABETES** 7
- **TIROIDES** 8
- **OTROS** 9

**Esquema 2. Sífilis y Embarazo**



Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas

**Esquema 3. Embarazada VIH/sida**



Nota: Dependiendo de la edad gestacional cuando comienza el control se recomienda realizar VIH cada 3 meses en pacientes ARO

Red primaria  
Vigilar adherencia tto.  
Vigilar infecciones oportunistas  
Apoyo emocional

**Control  
cada  
3 meses**

Referir al infectólogo.  
Iniciar tratamiento ARV conjuntamente con obstetra.  
Apoyo emocional. Realizar cargaviral y CD4

Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas

**Hemorragia vaginal antes de las 20 semanas de gestación**

**Condiciones que la producen: embarazo ectópico, amenaza de aborto, aborto**

**Si hay dolor abdominal lipotimia, no hay expulsión por vagina, dolor a la palpación del útero y anexos, masa anexial**

**Si hay dolor abdominal, no hay expulsión de tejido por vagina orificio cervical cerrado**

**Si hay dolor abdominal y expulsión de tejido por vagina, orificio cervical abierto. Agregar a los hallazgos ecográficos deformidad del saco gestacional**

**Si Sub unidad  $\beta$  HCG positiva en sangre si en ultrasonido: ausencia de saco gestacional en útero, masa anexial**

**En ultrasonido: presencia de actividad cardíaca, saco gestacional normal**

**Si se dispone de ultrasonido: no hay frecuencia cardíaca fetal o imagen de tormenta de nieve**

**Embarazo ectópico**

**Amenaza de aborto**

**Manejo expectante**

**Aborto:  
Legrado uterino-biopsia.  
Embarazo molar:  
Legrado uterino-biopsia.  
Monitoreo con la sub  
unidad  $\beta$  HCG**

**Sub unidad  $\beta$  HCG >8.500 MIU/ML y ausencia de saco gestacional**

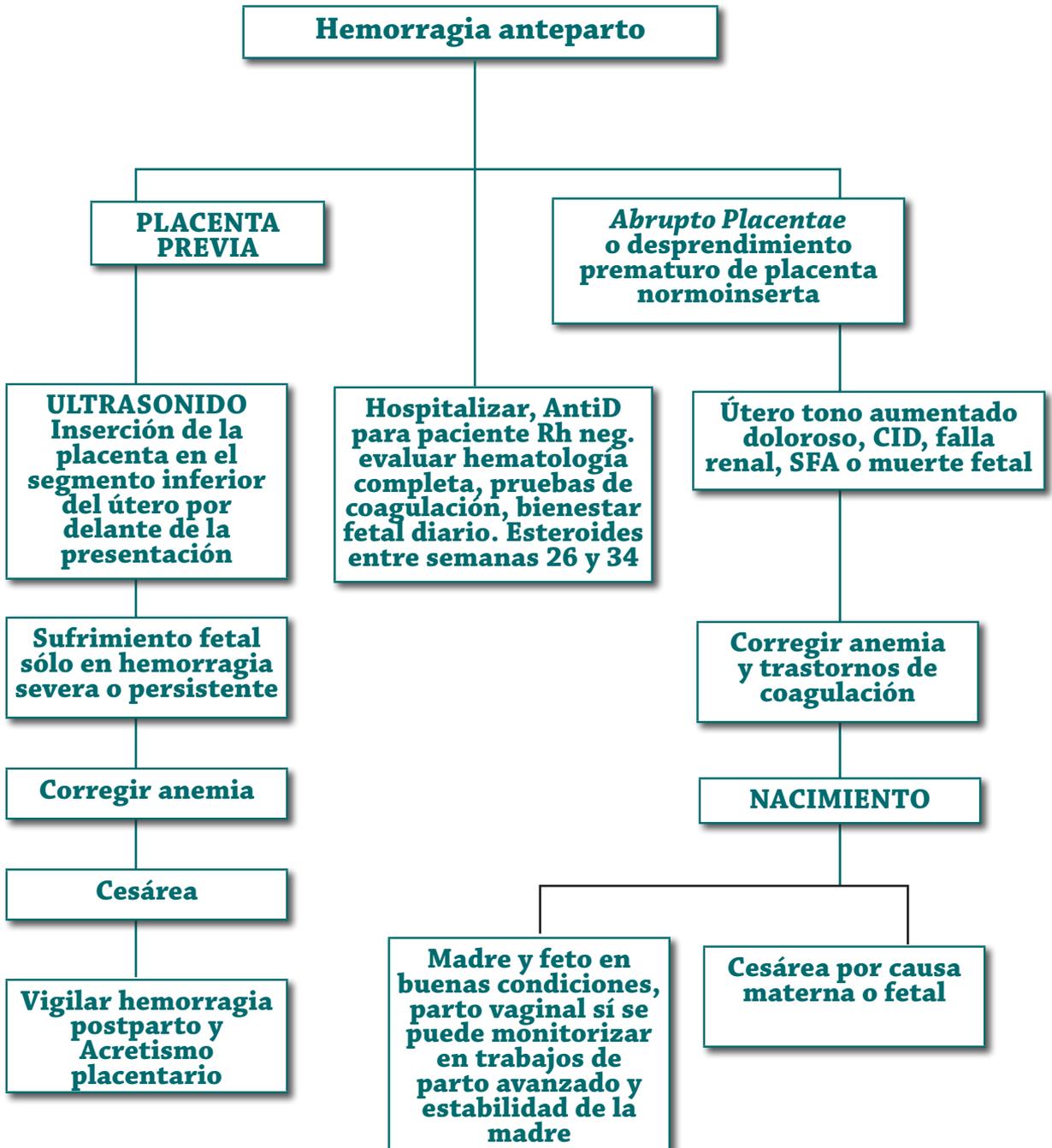
**Sub unidad  $\beta$  hcg <8.500 MIU/ML y ausencia de saco gestacional**

**Laparoscopia o laparotomía**

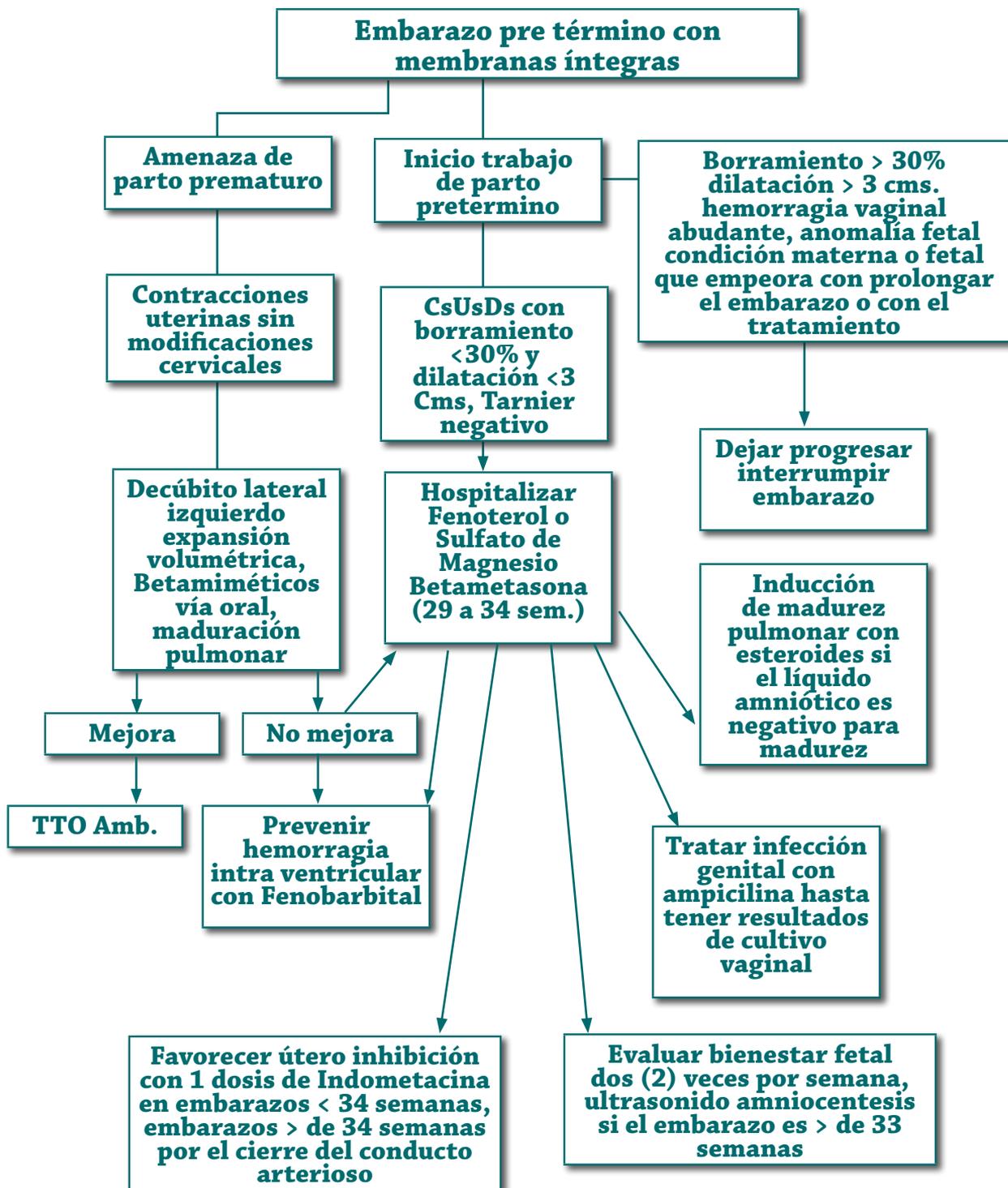
**Repetir ultrasonido y Sub unidad  $\beta$  HCG**

**Si no hay cambios  
Laparoscopia o laparotomía**

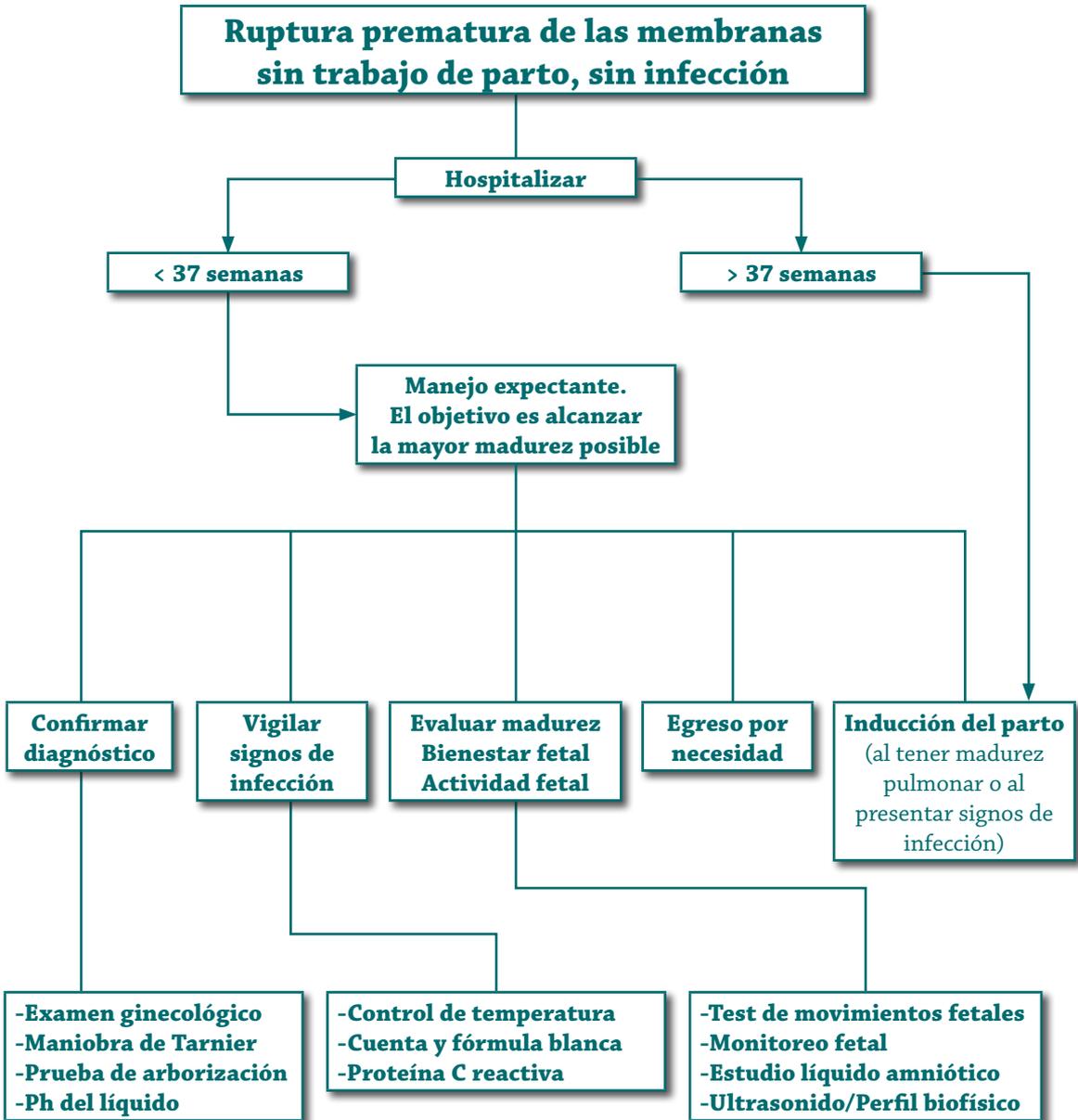
Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas



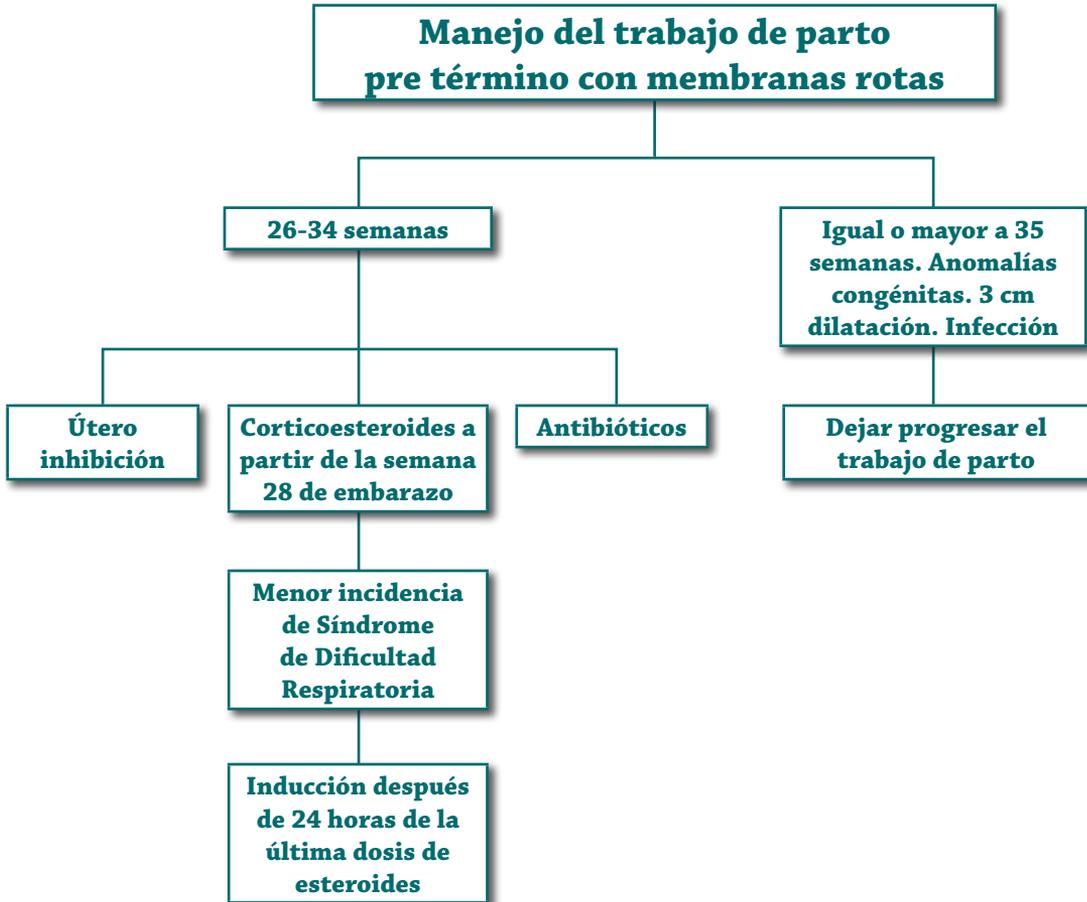
Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas



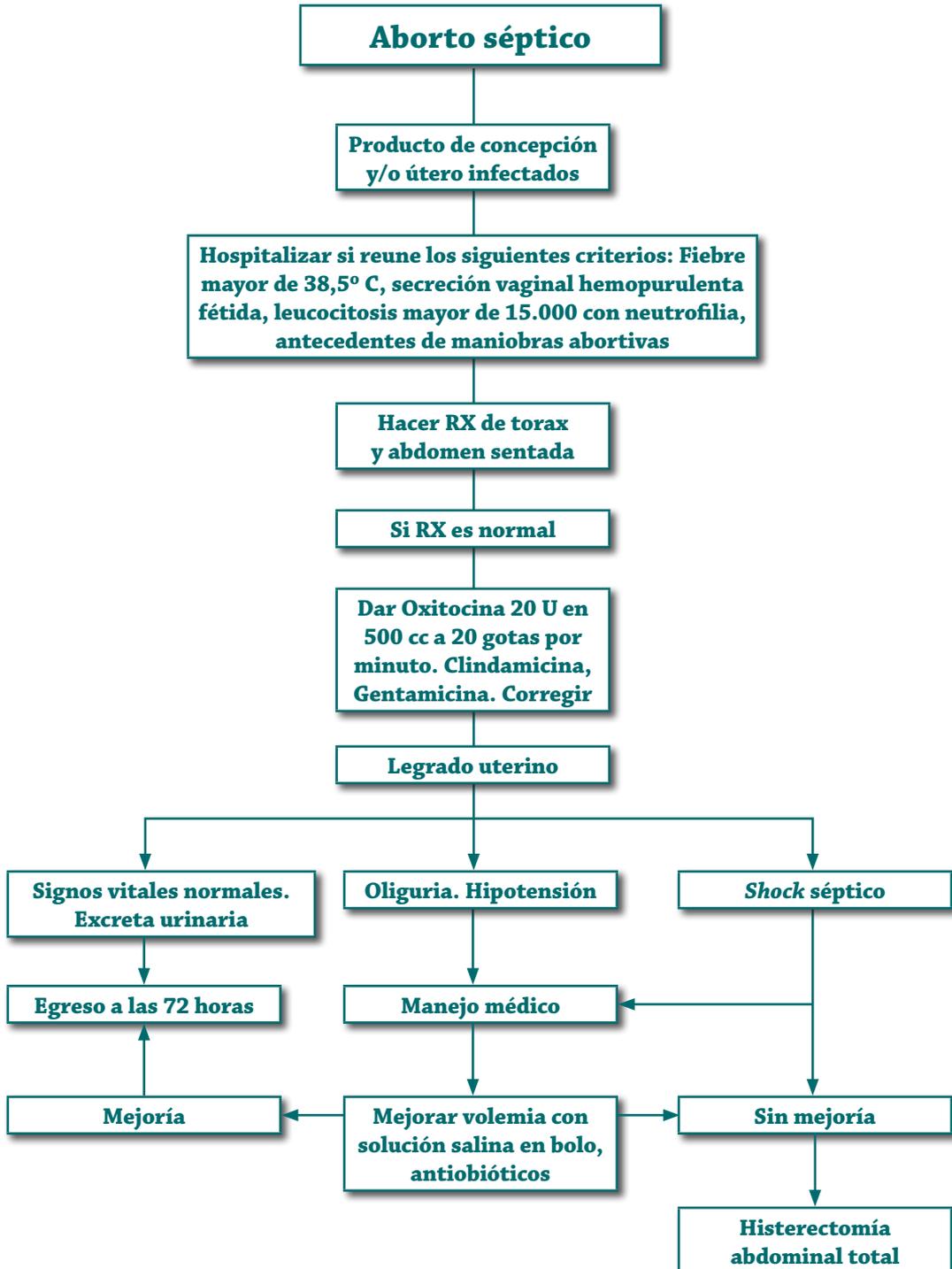
Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas



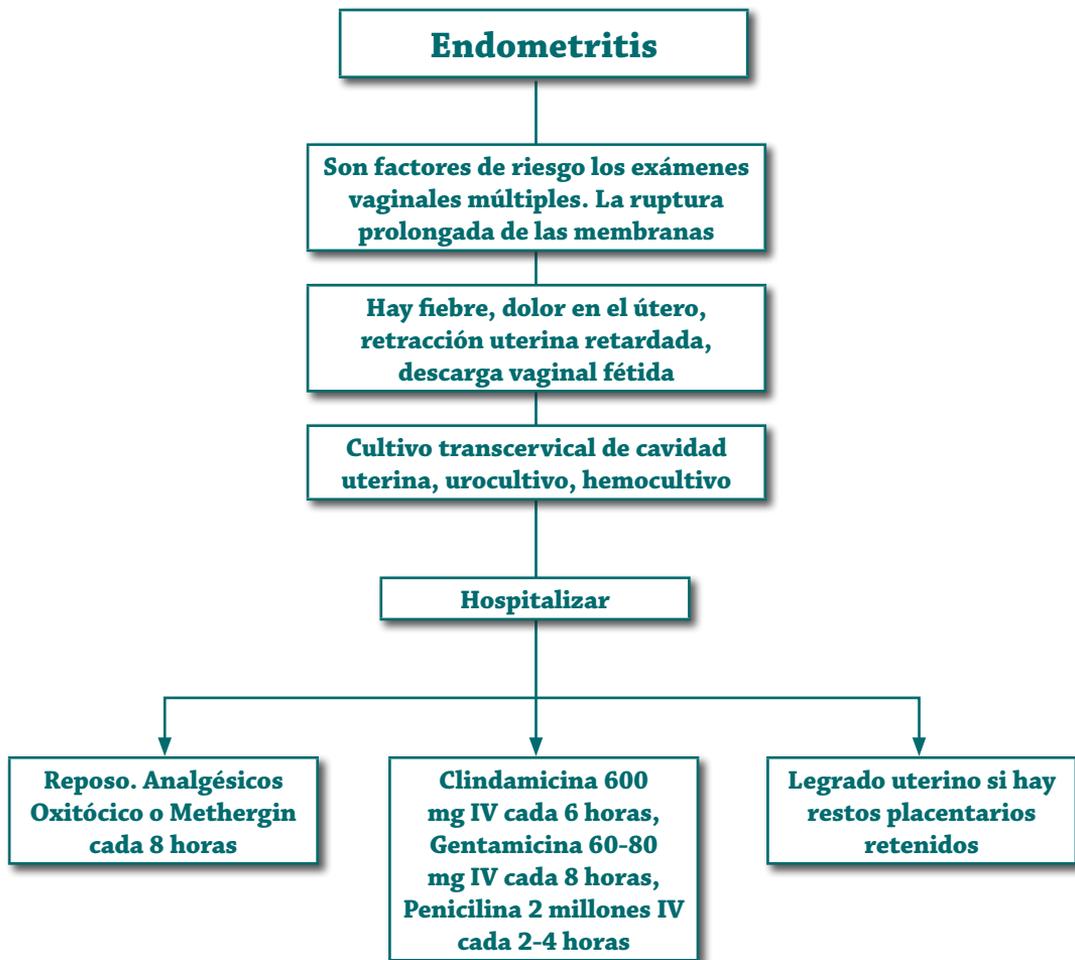
**Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas**



Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas

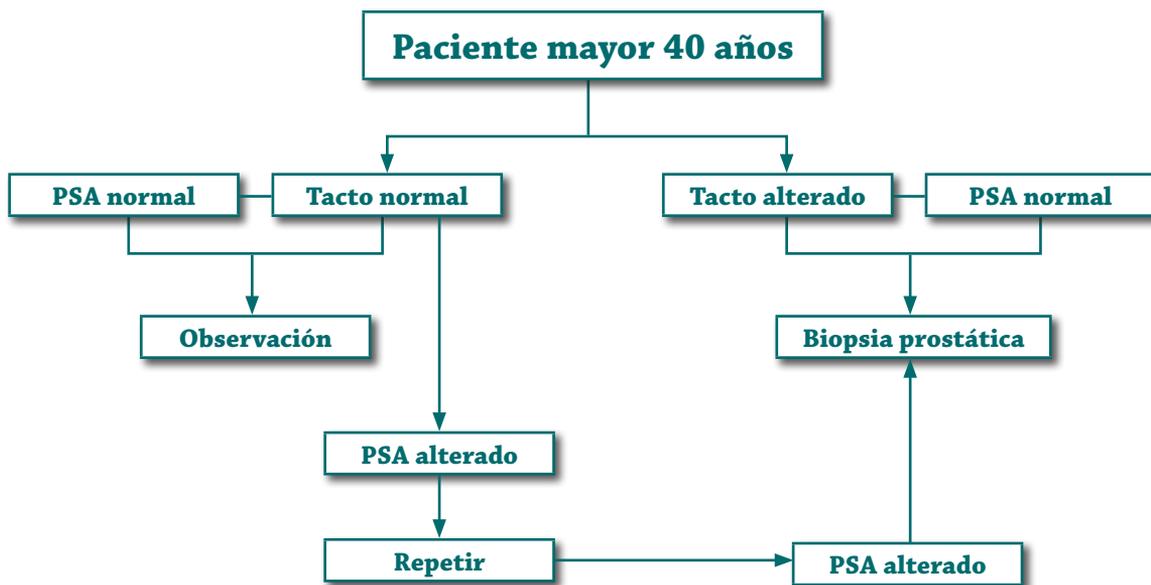


**Algoritmos para el manejo de emergencias obstétricas**





**Algoritmo atención integral hombre mayor de 40 años**

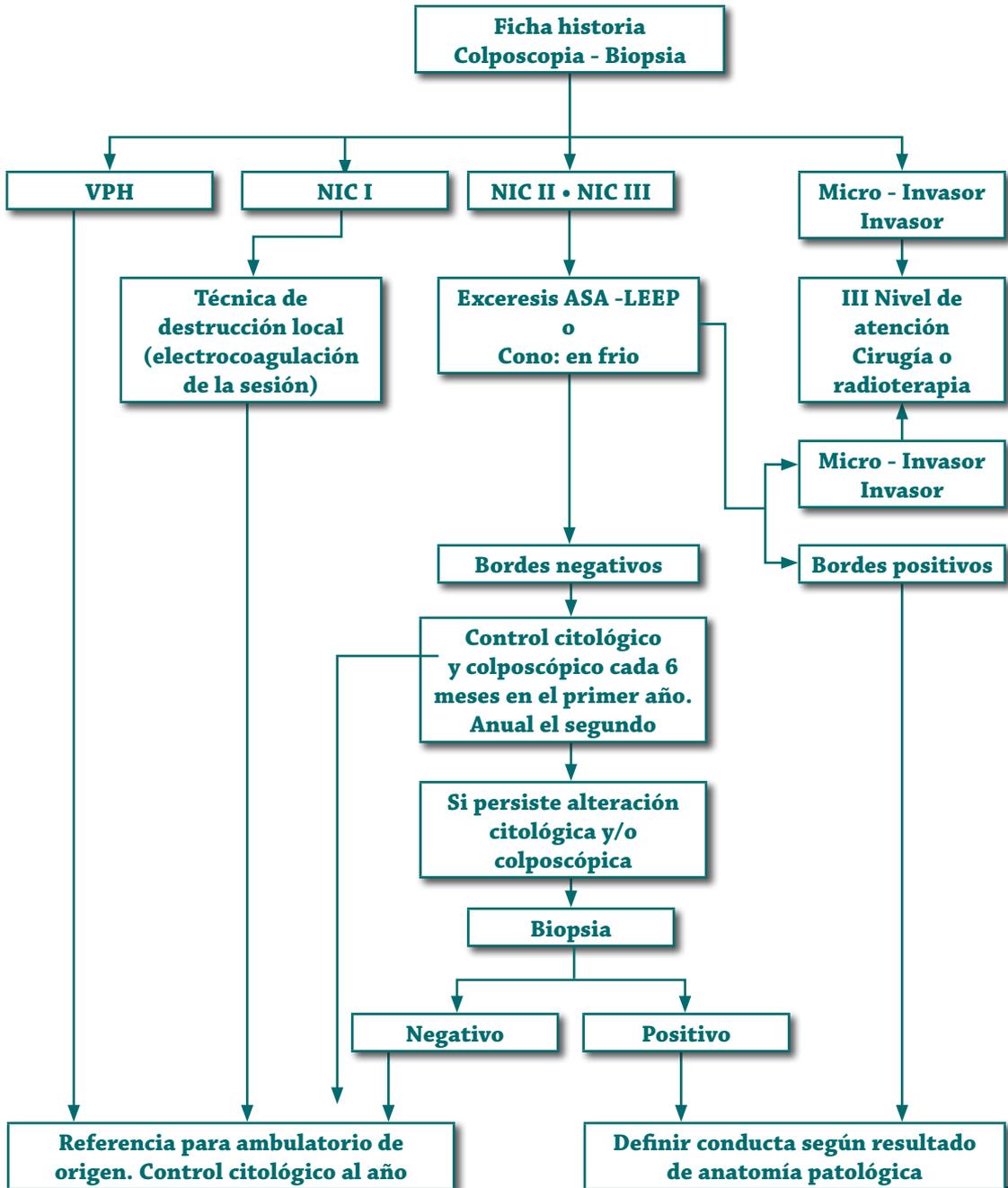


PSA: antígeno prostático específico

Patología cervical

**Diagrama de decisiones  
Patología cervical**

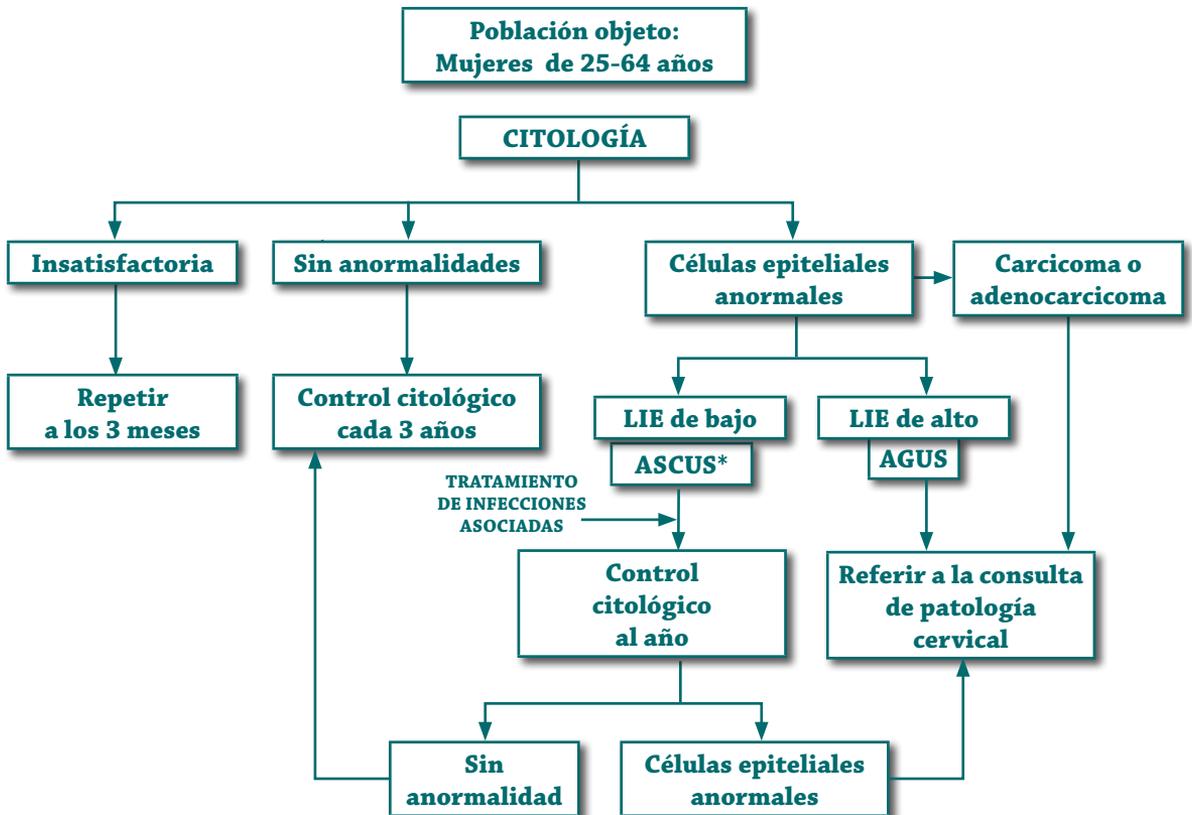
Pacientes referidas aproximadamente  
2% del N° de mujeres pesquisadas



Patología cervical

**Control de cáncer de cuello uterino,  
diagnóstico, tratamiento y seguimiento**

**Diagrama de decisiones de la práctica citológica**



\*Ascus: probablemente premalignas/malignas enviarlas a patología cervical

## **INSTRUMENTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL\***

### **Partograma de la OMS modificado**

#### **Certificado de Nacimiento EV-25**

(Requisito indispensable para la formalización del Acta de Nacimiento)

#### **Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Infantil y de 1 - 4 años de edad (SIS-01. SIVIGILA MI-1)**

#### **Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Infantil por afecciones originadas en el Período Perinatal (SIS-01. SIVIGILA MI-2)**

#### **Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-1)**

#### **Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-2)**

\* Todos estos instrumentos deben estar a disposición del personal que presta servicio en los distintos niveles de atención perinatal del Ministerio del Poder Popular para la Salud



INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

**Información sobre la paciente:** Nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de Ingreso, y la hora de rotura o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partograma).

**Frecuencia cardíaca fetal:** Registre cada media hora.

**Líquido amniótico:** Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:

- I: membranas intactas;
- R: momento de la rotura de membranas;
- C: membranas rotas, líquido claro;
- M: líquido con manchas de meconio;
- S: líquido con manchas de sangre.

**Moldeamiento**

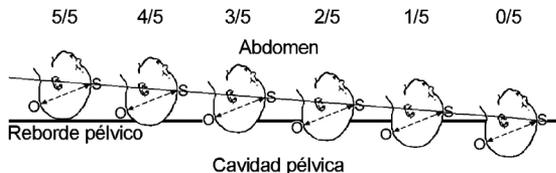
- 1: suturas lado a lado;
- 2: suturas superpuestas, pero reducibles;
- 3: suturas superpuestas y no reducibles.

**Dilatación del cuello uterino:** Evalúe en cada examen vaginal y marque con una cruz (+). A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.

**Línea de alerta:** Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.

**Línea de acción:** Es paralela a la línea de alerta y cuatro horas a la derecha de la misma.

**Evaluación del descenso mediante palpación abdominal :** Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. A 0/5, el sincipicio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.



Completa- mente por encima	Sincipicio alto, occipucio fácilmente palpable	Sincipicio fácilmente palpable, occipucio palpable	Sincipicio palpable, occipucio apenas palpable	Sincipicio palpable, occipucio no palpable	Ninguna parte de la cabeza palpable
----------------------------------	--	--	--	---	--

**INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**

**Nº de horas:** Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

**Hora:** Registre el tiempo real.

**Contracciones:** Registre gráficamente cada media hora, cuente el número de contracciones durante un período de 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:

**Oxitócica:** Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitócica por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.

**Medicamentos administrados:** Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

**Pulso:** Registre cada 30 minutos y marque con un punto (·).

**Presión arterial:** Registre cada 4 horas y marque con flechas.

**Temperatura:** Registre cada 2 horas.

**Proteína, acetona y volumen:** Registre cada vez que se produce orina.

---

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2002. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Traducción en español publicada por la Organización Panamericana de la Salud.

INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL



Ministerio del Poder Popular para la Salud



Nº Historia Clínica Integral

**Certificado de Nacimiento EV - 25**  
 "Requisito indispensable para la formalización del Acta de Nacimiento"

LUGAR DE OCURRENCIA		NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO:					
ENTIDAD _____		APELLIDO(S) DEL NIÑO(A): _____					
MUNICIPIO _____		NOMBRE(S) DEL NIÑO(A): _____					
PARROQUIA _____		FECHA DE NACIMIENTO		HORA AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	SEXO	TALLA	RESO AL NACER (gr)
LOCALIDAD/COMUNIDAD _____		Día	Mes	Año	Semanas de Gestación	1 <input type="radio"/> M 2 <input type="radio"/> F	
<b>DATOS DE LA MADRE</b>							
APELLIDOS _____				NOMBRES _____		<input type="radio"/> Cédula de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otros	
<b>DATOS DEL PADRE</b>							
APELLIDOS _____				NOMBRES _____		<input type="radio"/> Cédula de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otros	
<b>DIRECCIÓN HABITUAL DE LA MADRE</b>				<b>DIRECCIÓN HABITUAL DEL PADRE</b>			
ENTIDAD _____				ENTIDAD _____			
MUNICIPIO _____				MUNICIPIO _____			
PARROQUIA _____				PARROQUIA _____			
LOCALIDAD/COMUNIDAD _____				LOCALIDAD/COMUNIDAD _____			
DIRECCIÓN: _____				DIRECCIÓN: _____			
<b>RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN</b>							
FIRMA MEDICO (a) PARTERO (a)		<input type="radio"/> Cédula de Identidad		Nº MPPS _____		SELLO DE LA INSTITUCIÓN	
<b>SECCIÓN I. DATOS DEL NACIMIENTO</b>							
1. Nacimiento ocurrió en:		7. Durante el embarazo ¿Asistió a Consulta Prenatal?		8. Ocupación Habitual:			
1 <input type="radio"/> Hospital		1 <input type="radio"/> Sí ¿Cuántas? _____ 2 <input type="radio"/> No		7. Profesión:			
2 <input type="radio"/> Clínica		8. Sabe leer y escribir:		8. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena?			
3 <input type="radio"/> Casa		1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No		1 <input type="radio"/> Sí ¿Cuál? _____			
4 <input type="radio"/> Otros → Especifique: _____		9. Nivel educativo y último grado o año aprobado:		2 <input type="radio"/> No → Continúe con la siguiente Sección			
2. Tipo de Embarazo:		1 <input type="radio"/> Ninguno		9. ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena?			
1 <input type="radio"/> Único		2 <input type="radio"/> Pre-escolar		1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No			
2 <input type="radio"/> Múltiple → Especifique: _____		3 <input type="radio"/> Básica		<b>SECCIÓN IV. DATOS DEL REGISTRO CIVIL</b>			
3. Tipo de Parto:		4 <input type="radio"/> Media Diversificado o Profesional		1. Lugar de Registro:			
1 <input type="radio"/> Vaginal		5 <input type="radio"/> Superior		Entidad Federal _____			
2 <input type="radio"/> Cesárea		6 <input type="radio"/> Ignorado		Municipio _____			
3 <input type="radio"/> Instrumental		10. Ocupación Habitual:		Parroquia _____			
4 <input type="radio"/> Ignorado		11. Profesión:		Localidad _____			
4. Persona que atendió el parto:		12. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena?		2. Fecha de Registro:			
1 <input type="radio"/> Médico		1 <input type="radio"/> Sí ¿Cuál? _____		Día _____ Mes _____ Año _____			
2 <input type="radio"/> Comadrona		2 <input type="radio"/> No → Continúe con la siguiente Sección		3. Número de acta de nacimiento:			
3 <input type="radio"/> Otros → Especifique: _____		13. ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena?		4. Nº Tomo:			
<b>SECCIÓN II. DATOS DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO (a)</b>		1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No		5. Nº Folio:			
1. Lugar de nacimiento:		<b>SECCIÓN III. DATOS DEL PADRE AL NACER EL NIÑO (a)</b>					
1 <input type="radio"/> En Venezuela _____ Entidad Federal		1. Lugar de nacimiento:		6. Nº Libro:			
2 <input type="radio"/> En el Exterior _____ País		1 <input type="radio"/> En Venezuela _____ Entidad Federal		Sello y Firma de la Autoridad Civil			
2. Fecha de nacimiento:		2 <input type="radio"/> En el Exterior _____ País		OBSERVACIONES:			
Día _____ Mes _____ Año _____		3. Fecha de nacimiento:					
3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):		Día _____ Mes _____ Año _____					
4. Situación conyugal actual:		3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):					
1 <input type="radio"/> Soltera 4 <input type="radio"/> Viuda		4. Sabe leer y escribir:					
2 <input type="radio"/> Casada 5 <input type="radio"/> Unida		1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No					
3 <input type="radio"/> Divorciada 6 <input type="radio"/> Separada		5. Nivel Educativo y último grado o año aprobado					
5. Años de matrimonio o unión:		1 <input type="radio"/> Ninguno					
1 <input type="radio"/> Menos de un año		2 <input type="radio"/> Pre-escolar					
2 <input type="radio"/> Un año y más ¿Cuántos? _____		3 <input type="radio"/> Básica					
6. Número de hijos:		4 <input type="radio"/> Media Diversificado o Profesional					
A. Nacidos vivos: _____		5 <input type="radio"/> Superior					
B. Actualmente vivos: _____		6 <input type="radio"/> Ignorado					
C. Nacidos vivos que han fallecido: _____							
D. Muertes fetales: _____							

ORIGINAL: MADRE O PADRE

Nro. de Seguridad del Certificado

Nº 6103539

(cont.)

INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

IMPRESIONES PODOGRÁFICAS DEL NIÑO(A)			
PIE IZQUIERDO		PIE DERECHO	
Impresiones Dactilares de la Madre			
MANO IZQUIERDA		MANO DERECHA	
PULGAR	ÍNDICE	PULGAR	ÍNDICE

<p><b>FUNDAMENTO LEGAL</b>  <b>Concepto del Certificado de Nacimiento EV-25:</b>                  Es un documento público médico legal de uso estadístico por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Consejo Nacional Electoral (CNE), en el cual se recolecta información sanitaria, socio demográfica; certificado por el médico o partero que atendió el parto, donde se demuestra el hecho del nacimiento y la filiación con el registro de los datos del recién nacido, la madre y el padre. Su razón legal y jurídica se establece en los Artículos: 56 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en el Artículo 92 de la Ley Orgánica de Registro Civil, donde establece que es el instrumento requerido para efectuar la declaración y formalizar las Actas de Nacimientos. Esta información sirve de insumo para elaborar los indicadores de Natalidad, con la finalidad de desarrollar políticas y programas de salud.</p> <p><b>DISTRIBUCIÓN DE LAS HOJAS QUE COMPONEN UN EJEMPLAR, UNA VEZ CAPTURADA LA INFORMACIÓN:</b></p> <p>Se distribuirán según sea el caso:  <b>CASO A:</b>                  Existen Unidades de Registro Civil en Establecimientos de Salud (URCES):                  5. ORIGINAL: Madre o Padre                  6. PRIMERA COPIA: Se queda en el Establecimiento de Salud, quien la remitirá a la Dirección Regional de Epidemiología                  7. SEGUNDA COPIA: Se remitirá a los Registros Civiles                  8. TERCERA COPIA: Se archivará en Establecimiento de Salud Público o Privado                  9. CUARTA COPIA: Se remitirá al Instituto Nacional de Estadística.  <b>CASO B:</b>                  No existen Unidades de Registro Civil en el Establecimiento de Salud (URCES):                  1. ORIGINAL, SEGUNDA COPIA Y CUARTA COPIA: Madre o Padre                  2. PRIMERA COPIA: Se queda en el Establecimiento de Salud, quien la remitirá a la Dirección Regional de Epidemiología                  3. TERCERA COPIA: Se archivará en el Establecimiento de Salud Público o Privado</p>	<p><b>INSTRUCCIONES GENERALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Debe ser llenado con bolígrafo negro y azul, en letra de imprenta, clara y legible, sin borrones ni enmiendas.</li> <li>2. No usar abreviaturas o siglas en el Certificado de Nacimiento EV-25.</li> <li>3. No debe dejar espacios en blanco, a excepción de la Sección IV que debe ser llenada por la Primera Autoridad del Registro Civil.</li> <li>4. Cuando una planilla del ejemplar del Certificado de Nacimiento EV-25. Sufra daños por enmiendas, mal llenado o manchas, debe ser anulada y sustituida por otro Certificado y debe ser enviada a la Dirección Regional de Epidemiología.</li> <li>5. En caso de extravío o hurto de uno/varios Certificados, debe levantarse un Acta de acuerdo al Numeral 10 de las Normas para llenado de los Certificados de Nacimiento EV-25.</li> <li>6. El ejemplar del Certificado de Nacimiento EV-25 debe contener los datos de la persona que atendió el parto y estar firmada por el Médico Obstetra.</li> <li>7. En las cinco (5) planillas se debe colocar el sello del Establecimiento de Salud Público o Privado.</li> <li>8. Colocar en las 5 planillas las impresiones dactilares de los dedos pulgar e índice de la madre.</li> <li>9. Colocar la impresión podográfica en el recuadro que se encuentra en el reverso de las cinco (5) planillas del Certificado de Nacimiento EV-25.</li> <li>10. En caso que el Recién Nacido presente anomalías en el pie derecho y/o izquierdo, se debe señalar las observaciones pertinentes.</li> </ol> <p><b>ACLARATORIA DE LOS PUEBLOS INDIGENAS:</b>                  El término Pueblo Indígena se emplea actualmente en lugar de Etnia Indígena, ya que esto fue utilizado para identificar a esta población en el Censo 2001, y a su vez, es la denominación de uso corriente y legal, mayormente empleado por toda la documentación pública, académica y legal referida a la misma.</p>
---	--

# NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL



Dirección General de Epidemiología  
Dirección de Vigilancia Epidemiológica

N° local:	
N° municipal:	
N° regional:	

### Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Infantil y de 1 - 4 años de edad. SIS-01. SIVIGILA MI-1

Muerte ocurrida en niños o niñas menores de 5 años de edad.

1. Establecimiento que notifica:	1.1. Tipo (I, II, III ó IV):	1.2. Nombre del Establecimiento	1.3. Municipio	1.4. Estado			
2. Muerte conocida por:	<input type="checkbox"/>	2.1. Vigilancia pasiva en establecimiento	<input type="checkbox"/>	2.2. Vigilancia epidemiológica activa			
	<input type="checkbox"/>	2.3. Denuncia comunitaria	<input type="checkbox"/>	2.4. Medios de comunicación			
		<input type="checkbox"/>	2.5. Sistema vigilancia epidemiológica				
		<input type="checkbox"/>	2.6. Otros: _____				
3. Datos del fallecimiento	3.1. Fecha de Muerte	3.2. Hora	3.3. Día	3.4. Parroquia Ocurrencia	3.5. Municipio	3.6. Entidad	
3.7. Sitio del fallecimiento							
3.7.1. Establecimiento de Salud (anotar tipo y nombre)			3.7.2. Domicilio (anotar nombre de población)		3.7.3. Vía (especificar motivo)	3.7.4. Otro sitio (especificar)	
Número Historia Clínica: _____							
4. Datos identificación:	4.1. Apellidos y Nombre completos:		4.2. Sexo:	4.3. Nacimiento:	4.4. Edad:		
			Fecha:	Horas:	Días:	Meses:	Años:
			Hora:				
4.5. Población Residencia de la madre:		4.6. Sector:	4.7. Parroquia	4.8. Municipio:	4.9. Entidad:		
5. Condiciones de Riesgo:	5.1. Edad de la Madre	5.2. Tipo de parto:	5.3. Edad gestacional	5.4. Peso al nacer:	5.5. Sitio de Nacimiento:	5.6. Número de consultas de Control prenatal:	
	5.7. Lactancia Materna		5.8. Condición nutricional a la fecha de muerte:		5.9. Indígena (registre grupo étnico):		5.10. Vacunas recibidas:
						Antipolio    BCG    Sarampión    Triple bacteriana	
6. Causa de muertes (especificar)	6.1. Por Causas clasificadas como Afecciones originadas en el período perinatal. Ej. Insuficiencia Respiratoria por Membrana Hialina.						
				por			
	6.2. Otras patologías diferentes a las afecciones relacionadas con el período perinatal. Ejemplo: Deshidratación grave por Enfermedad Diarreica Aguda.						
			por				
6.3. Otras causas presentes que contribuyeron al fallecimiento.							
7. Fallecimiento hospitalario:	7.1. Fecha ingreso:	7.2. Días Estancia:	7.3. Tratamiento quirúrgico	7.4. UCI	7.5. Diagnóstico de Ingreso		
8. Observaciones:							
9. Responsable de la Notificación:	9.1. Nombre y Apellido			9.10. Cargo:			

# NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

1. N° Nacional:
-----------------

### Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Infantil por Afecciones originadas en el Período Perinatal (SIS-01. SIVIGILA MI-2)

2. N° LOCAL: _____	3. N° REGIONAL: _____	4. FECHA DE MUERTE: _____	5. ESTADO QUE NOTIFICA: _____
--------------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------------

#### I. MANEJO EPIDEMIOLOGICO DEL CASO

6. Caso notificado en el formulario EPI-14 de la semana epidemiológica N°: \_\_\_\_\_

7. Fechas de envío del formato SIVIGILA MI-2

7.1. A Epidemiología Municipal	7.2. A Epidemiología Regional	7.3. A Epidemiología Nacional
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

8. Elaborada y/o corregida por:

NOMBRE COMPLETO	UBICACIÓN FUNCIONAL
-----------------	---------------------

9. Caso conocido por:

Denuncia inmediata de caso ocurrido       Notificación comunitaria       Informe de Autopsia

Revisión mensual de certificados de defunción       Notificación de nivel municipal para completar investigación

Otros: \_\_\_\_\_

10. Fuente (s) de Información utilizada para llenado de la ficha epidemiológica:

Historia Clínica       Personal de Salud       Entrevista a familiares

Visita a la comunidad       Certificado de Defunción       Otras: \_\_\_\_\_

11. Relación residencia – ocurrencia:

Caso ocurrido en área sanitaria de residencia

Caso ocurrido en área sanitaria diferente a la de residencia

12. Formato SIVIGILA MM-2 elaborado a nivel de:

Área sanitaria de residencia y ocurrencia

Área sanitaria de residencia

Área sanitaria de ocurrencia

13. Clasificación de caso de muerte neonatal:     Neonatal Precoz     Neonatal Tardía     Post neonatal

#### II. IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO y DE LA MADRE

14.1. Apellidos y Nombres del recién nacido: \_\_\_\_\_

14.2. Nombres de la madre: \_\_\_\_\_

15. Sexo: _____	16.1. Fecha de Nacimiento	16.2. Edad en días:	17. Indígena: <input type="checkbox"/> Sí ↓ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado
			Grupo étnico: _____

18.1. Nivel de Educación de la madre:	18.2. Nivel de Educación del padre:
---------------------------------------	-------------------------------------

19.1. Ocupación de la madre:	19.2. Ocupación del padre:
------------------------------	----------------------------

20. Condición de pareja de la madre:

Sin pareja,     Relación estable (casada o no),     Relación no estable,     Ignorado

21. Dirección de la madre (sector, calle, casa, apartamento, número): \_\_\_\_\_

21.1. Población de residencia	21.2. Disponibilidad de Atención Hospitalaria:
	<input type="checkbox"/> En la población donde reside <input type="checkbox"/> Población cercana <input type="checkbox"/> Población distante

21.3. Parroquia de residencia:	21.4. Municipio de residencia:	21.5. Estado de residencia:
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

#### III. CONDICIONES DE VIDA

22. Condiciones de vida de la familia del recién nacido:

22.1. Tipo de Vivienda: _____	22.2. Condición de Hacinamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22.3. Agua Intradomiciliaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22.4. Disposición de Excreta en domicilio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22.7. Embarazo no deseado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22.8. Violencia Familiar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22.5. Condición económica dificulta traslado para buscar atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22.9. Otros: _____	
22.6. Condiciones de vialidad (vías y transporte) dificultan traslado oportuno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

#### IV. ANTECEDENTES MATEROS

23. Antecedentes Maternos Patológicos:

<input type="checkbox"/> 23.1. Ninguno	<input type="checkbox"/> 23.7. Obesidad	<input type="checkbox"/> 23.13. Infección VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> 23.2. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> 23.8. Desnutrición	<input type="checkbox"/> 23.14. Tumor maligno
<input type="checkbox"/> 23.3. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> 23.9. Anemia	<input type="checkbox"/> 23.16. V.D.R.L reactivo
<input type="checkbox"/> 23.4. Diabetes	<input type="checkbox"/> 23.10. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> 23.17. Otra Enf. infecciosa
<input type="checkbox"/> 23.5. Lupus	<input type="checkbox"/> 23.11. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> 23.18. Otro antecedente o condición de riesgo
<input type="checkbox"/> 23.6. Trastorno mental	<input type="checkbox"/> 23.12. Drogadicción	

24. Antecedentes Obstétricos Maternos:

24.1. N° Embarazos anteriores:	24.2. N° de Abortos anteriores:	24.3. N° de Nacidos vivos:
24.4. N° de Mortinatos	24.5. Intervalo Intergenésico (meses):	25. N° de hijos fallecidos en edad neonatal:

26. Problemas y complicaciones maternas detectadas durante el embarazo:

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Litiasis biliar	<input type="checkbox"/> Inf. Urinaria
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> V.D.R.L reactivo	<input type="checkbox"/> H. T. A
<input type="checkbox"/> Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Sind. Hellp	<input type="checkbox"/> Retardo crecim. uterino
<input type="checkbox"/> Despropor. fetopélvica	<input type="checkbox"/> Hemorragia 1er trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 2do trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 3er trimestre	

27. Control prenatal	27.1. Semanas de gestación al inicio de control:	27.2. N° de consultas prenatales
<input type="checkbox"/> Sí    →    →    →	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.	27.3. Madre con Carnet de control disponible:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.

NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

(cont.)

INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

27. Control prenatal <input type="checkbox"/> Si → → → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.		27.1. Semanas de gestación al inicio de control:	27.2. N° de consultas prenatales	27.3. Madre con Carnet de control disponible: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.
27.4. Nombre del Establecimiento donde se controló el embarazo			27.5 Última consulta prenatal atendida por: Tipo <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro: _____	
27.6. Amerito consulta por alto riesgo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.		27.7. Motivo de atención en consulta de alto riesgo:		28. Tipo de Embarazo: <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Múltiple
29. VDRL realizado durante control prenatal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado			29.1. Resultado del VDRL: <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo	
<b>V. CARACTERÍSTICAS DEL NACIMIENTO:</b>				
30. Inicio del proceso de nacimiento: <input type="checkbox"/> Trabajo de parto <input type="checkbox"/> Otro			30.1. Fecha: _____ 30.1.1. Hora _____	
31. Madre reconoció oportunamente necesidad de atención: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Desconocimiento de signos	<input type="checkbox"/> Rechaza atención médica	<input type="checkbox"/> Otros: _____
32. La madre buscó o atención médica oportunamente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No →		32.1. Problemas identificados en la búsqueda de atención médica <input type="checkbox"/> Domicilio lejano <input type="checkbox"/> Faltó dinero para movilización <input type="checkbox"/> Faltó transporte <input type="checkbox"/> Via en malas condiciones <input type="checkbox"/> Otro problema: _____		
33. La madre recibió oportunamente atención médica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No →		33.1. Limitaciones detectadas: <input type="checkbox"/> Indicaron tratamiento ambulatorio <input type="checkbox"/> Falta de ambulancia para traslado. <input type="checkbox"/> Establecimiento sin cupo <input type="checkbox"/> Ambulancia no disponible en el momento <input type="checkbox"/> Demora en el traslado por: _____ <input type="checkbox"/> Falta gasolina para ambulancia <input type="checkbox"/> Otro: _____		
34. Ameritó traslado a otro establecimiento de salud: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si →		34.1. Motivo del traslado:		
35. Ingreso a establecimiento de mayor complejidad:		35.1. Problemas detectado en el acceso a establecimiento de mayor complejidad:		
36. Sitio donde ocurrió el nacimiento: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hospital I <input type="checkbox"/> Hospital II <input type="checkbox"/> Hospital III <input type="checkbox"/> Hospital IV <input type="checkbox"/> Amb. Rural <input type="checkbox"/> Amb. Urbano <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Via para atención <input type="checkbox"/> Traslado entre establecimientos				
37. Inicio del parto: <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido		<input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Otro: _____		
39. Rotura de membranas: <input type="checkbox"/> Espontánea <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Ignorada		40. Líquido amniótico: <input type="checkbox"/> Claro. <input type="checkbox"/> Meconial <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Ignorado. <input type="checkbox"/> Otro: _____		
41. Lapso entre rotura de membrana y nacimiento: <input type="checkbox"/> < 1 hora <input type="checkbox"/> 1-6 horas <input type="checkbox"/> 7 horas y +				
42. Recién nacido producto de: <input type="checkbox"/> Parto. → <input type="checkbox"/> Cesarea →		42.1. Tiempo de trabajo de parto: <input type="checkbox"/> < de 6 horas <input type="checkbox"/> 6 a 12 horas <input type="checkbox"/> Prolongado (>12h) <input type="checkbox"/> Desconocido		
43.1. APGAR al primer minuto:		43.2. APGAR a los cinco minutos:		44.2. Tipo De Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Ignorado
44.1. Peso al nacer:		44.1. Peso al nacer:		
44.2. Talla al nacer:		44.2. Talla al nacer:		
45. Edad gestacional		46. Si nació en hospital: condición al egreso: <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Alta médica <input type="checkbox"/> Contra opinión médica <input type="checkbox"/> Fallecimiento		47. Malformación congénita <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>VI. OCURRENCIA DEL EVENTO MUERTE NEONATAL POR CAUSA ORIGINADA EN PERIODO PERINATAL</b>				
48. Fecha de Muerte:		48.1. Hora:	48.2. Día de la semana:	48.3. Alguna Observación en relación a fecha de muerte:
49. Sitio de ocurrencia de la muerte neonatal <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital I <input type="checkbox"/> Hospital II <input type="checkbox"/> Hospital III <input type="checkbox"/> Hospital IV <input type="checkbox"/> H. Materno Infantil <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Amb. Rural <input type="checkbox"/> Amb. Urbano <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Via publica. <input type="checkbox"/> Trayecto domicilio a establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Trayecto por referencia <input type="checkbox"/> Otro sitio: _____				
50. Ubicación geopolítica del sitio de ocurrencia: Población _____ Parroquia _____ Municipio _____ Estado _____				
51. Período de Ocurrencia del fallecimiento: <input type="checkbox"/> PRIMERAS 24 HORAS DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> Primeros 10 minutos de vida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1 DIA DE EDAD <input type="checkbox"/> 2 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> 3 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> 4 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> 5 DIAS DE EDAD <input type="checkbox"/> 6 DIAS DE EDAD				
<b>52. Fallecimiento en establecimiento de salud hospitalario publico o privado:</b>				
52.1. Nombre del Establecimiento:		52.1.1. Tipo:		
52.2. Ingreso Hospitalario al nacer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		52.3. Motivo de Ingreso		52.4. Dias de Estancia:
52.5. Atención UCI Neonatal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		52.5.1. Motivo de Ingreso a UCI neonatal:		
52.6. Presencia de infección hospitalaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		52.6.1. Tipo(s) de Infección Hospitalaria:		52.6.2. La infección hospitalaria fue causa directa de muerte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
52.7. Se realizó necropsia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		52.7.1. Hallazgo principal de necropsia:		

**NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**(cont.)**

**INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**

<b>53. Fallecimiento en vía</b>			
53.1. Neonato en la vía por:			
<input type="checkbox"/> Movilización del domicilio a establecimiento de salud		<input type="checkbox"/> Referencia entre establecimientos de salud	
<input type="checkbox"/> Circunstancia no relacionada con enfermedad del neonato		<input type="checkbox"/> Otra causa	
<b>54. Fallecimiento en el domicilio</b>			
54.1. Distancia en tiempo a servicio de salud más cercano:	54.2. Costo de movilización:	54.3. Antecedentes de haber consultado por la enfermedad o complicación que causaron el fallecimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>55. Fallecimiento en otro sitio</b>			
55.1. Sitio de ocurrencia del fallecimiento	55.2. Circunstancia de ocurrencia del fallecimiento		
<b>VIII. CAUSA DE MUERTE</b>			
56. Registrar en las siguientes celdas las causas de muerte de acuerdo a la clasificación sugerida. Es importante registrar la secuencia de acontecimientos clínicos			
	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tiempo (días/horas) entre inicio y fallecimiento</b>	
56.1. Causa directa:			
56.2. Causa intermedia:			
56.3. Causa básica:			
56.4. Otros diagnósticos que contribuyeron al fallecimiento.			
56.5. Registrar alguna observación pertinente al diagnóstico de muerte: (Por ejemplo incongruencias con el Certificado de Defunción)			
<b>VII. CONDICION DE LA MADRE</b>			
57.1. Condición de la madre al fallecer el neonato: <input type="checkbox"/> Viva hospitalizada <input type="checkbox"/> Viva en el domicilio <input type="checkbox"/> Falleció			
<b>VIII. PERCEPCIÓN DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA SOBRE LA SUFICIENCIA DE LA RESPUESTA SANITARIA A LAS</b>			
58. Seleccione una de las alternativas que se dan a continuación y en el espacio en blanco registre la explicación que motiva su selección.			
<input type="checkbox"/>	58.1. La disponibilidad de servicios, accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención de salud fueron SUFICIENTES para las necesidades del neonato:		
<input type="checkbox"/>	58.2. La disponibilidad de servicios de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades del neonato:		
<input type="checkbox"/>	58.3. La accesibilidad a la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades del neonato:		
<input type="checkbox"/>	58.4. La oportunidad para la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades del neonato:		
<input type="checkbox"/>	58.5. La calidad de la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades del neonato:		
<input type="checkbox"/>	58.6. En este caso no hubo demanda de atención en servicios de salud		
<input type="checkbox"/>	58.7. No sabe		
<input type="checkbox"/>	58.8. No opina		
<b>IX. REVISIÓN DE LOS DATOS Y CERTIFICACION DE CONTENIDO EN LA FICHA (Registrar nombre y función)</b>			
	Unidad de Epidemiología de:	Nombre del responsable del llenado y/o revisión de la	Función en la Unidad de Epidemiología
Local			
Municipal			
Regional			
Nacional			
59. Registre comentarios, sugerencias y observaciones relacionados con la aplicabilidad de la ficha en este caso en particular o en general con la vigilancia de muerte materna.			

60.1. Sello de la Dependencia Local

60.2. Sello de la Dependencia Municipal

60.3. Sello de la Dependencia Regional

# NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

## INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL



**Gobierno Bolivariano de Venezuela** | Ministerio del Poder Popular para la **Salud**  
 Dirección General de Epidemiología  
 Dirección de Vigilancia Epidemiológica

N° local:	
N° municipal:	
N° regional:	

### Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Materna. SIS-01. SIVIGILA MM-1

Muerte ocurrida en una mujer durante el embarazo, parto, puerperio o con antecedente de evento obstétrico en los últimos 12 meses de vida, independientemente de la causa de defunción.

<b>1. Establecimiento que notifica:</b>	1.1. Tipo (I, II, III ó IV):	1.2. Nombre del Establecimiento	1.3. Municipio	1.4. Estado
<b>2. Muerte conocida por:</b>	<input type="checkbox"/> 2.1. Vigilancia pasiva en establecimiento	<input type="checkbox"/> 2.2. Vigilancia epidemiológica activa		
	<input type="checkbox"/> 2.3. Denuncia comunitaria	<input type="checkbox"/> 2.4. Medios de comunicación		
	<input type="checkbox"/> 2.5. Sistema vigilancia epidemiológica	<input type="checkbox"/> 2.6. Otros: _____		
<b>3. Datos del fallecimiento</b>	3.1. Fecha de Muerte	3.2. Hora	3.3. Día	3.4. Parroquia Ocurrencia
				3.5. Municipio
				3.6. Entidad
	3.7. Sitio del fallecimiento			
	3.7.1. Establecimiento de Salud (anotar tipo y nombre)		3.7.2. Domicilio (anotar nombre de población)	3.7.3. Vía (especificar motivo)
				3.7.4. Otro sitio (especificar)
	Número Historia Clínica: _____			
<b>4. Identificación de la Madre</b>	4.1. Apellidos y Nombre completos:		4.2. Edad:	4.3. Cédula de Identidad:
				4.4. Nacionalidad:
	4.5. Si es Indígena registre grupo étnico:		4.6. Población donde reside	4.7. Sector
	4.8. Parroquia		4.9. Municipio:	4.10. Entidad:
<b>5. Condición de vida de la madre:</b>	5.1. Ocupación:		5.2. Nivel Educativo:	5.3. Condición de pareja
				5.4. N° Hijos huérfanos:
	5.4. Control Prenatal:		5.5. Tiene carnet control	5.5. VDRL
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
				5.6. Establecimiento último control prenatal
				5.7. Fecha último control
<b>6. Datos del evento Obstétrico</b>	6.1. Periodo gestacional del fallecimiento:		6.2. Edad gestacional	6.3. Tipo de parto
				6.4. Condición del Producto de la gestación:
<b>7. Causa de Muerte</b>	7.5. Causa de Muerte Obstétrica Directa. Ejemplo: hemorragia por atonía uterina			
			por	
	7.6. Causa de Muerte Obstétrica Indirecta. Ejemplo: Insuficiencia respiratoria por Crisis de Asma Bronquial			
			por	
	7.7. Causa de Muerte No Materna. Ejemplo: Politraumatismos por Accidente Automovilístico.			
			por	
	7.8. Otras causas presentes que contribuyeron con la muerte de la madre. Por ejemplo: Infección hospitalaria.			
<b>8. Observaciones</b>				
<b>9. Responsable de la notificación:</b>	9.1. Nombre y Apellido			9.10. Cargo:

**NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**  
**INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**


**Gobierno Bolivariano** | Ministerio del Poder Popular  
 de Venezuela | para la **Salud**  
**Dirección General de Epidemiología**  
**Dirección de Vigilancia Epidemiológica**

**Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-2)**

1. N° LOCAL: \_\_\_\_\_ 2. N° REGIONAL: \_\_\_\_\_ 3. N° NACIONAL: \_\_\_\_\_ 4. FECHA DE MUERTE: \_\_\_\_\_ 5. NOTIFICA: Estado: \_\_\_\_\_

**I. MANEJO EPIDEMIOLOGICO DEL CASO**

6. Caso notificado en el formulario EPI-14 de la semana epidemiológica N°:

7. Fechas de envío del formato SIVIGILA MM-2

7.1. A Epidemiología Municipal \_\_\_\_\_ 7.2. A Epidemiología Regional \_\_\_\_\_ 7.3. A Epidemiología Nacional \_\_\_\_\_

8.- Elaborada y/o corregida por:  
 NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ UBICACION FUNCIONAL \_\_\_\_\_

9. Caso conocido por:  
 Denuncia inmediata de caso ocurrido       Notificación comunitaria       Informe de Autopsia  
 Revisión mensual de certificados de defunción       Notificación de nivel municipal para completar investigación  
 Otros: \_\_\_\_\_

10. Fuente (s) de Información utilizada para llenado de la ficha epidemiológica:  
 Historia Clínica       Personal de Salud       Entrevista a familiares       Visita a la comunidad  
 Certificado de Defunción       Otras: \_\_\_\_\_

11. Relación residencia – ocurrencia:  
 Caso ocurrido en área sanitaria de residencia  
 Caso ocurrido en área sanitaria diferente a la de residencia

12. Formato SIVIGILA MM-2 elaborado a nivel de:  
 Área sanitaria de residencia y ocurrencia  
 Área sanitaria de residencia  
 Área sanitaria de ocurrencia

13. Clasificación de caso de muerte materna:  
 Obstétrica Directa       Obstétrica Indirecta       Materna Tardia       No Materna

14. N° de hijos huérfanos: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACION DE LA MADRE FALLECIDA**

15.1. Apellidos: \_\_\_\_\_ 15.2. Nombres \_\_\_\_\_

16. Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ 17.1. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 17.2. Edad \_\_\_\_\_ 18. Indígena:  Sí  No  Ignorado  
 Grupo étnico: \_\_\_\_\_

19. Nivel de Educación:  
 Ninguno       Primaria incompleta,       Primaria completa,  
 Secundaria incompleta,       Secundaria completa,       Universitaria  
 Ignorado

20. Ocupación:  Ocupación Ignorada       Estudiante: \_\_\_\_\_       Ama de Casa  
 Oficios del Hogar remunerado       Ocupación Eventual: \_\_\_\_\_  
 Ocupación Estable: \_\_\_\_\_       Otra condición ocupacional: \_\_\_\_\_

21. Condición de pareja:  Sin pareja,       Relación estable (casada o no),       Relación no estable,       Ignorado

22. Dirección de la madre (sector, calle, casa, apartamento, número): \_\_\_\_\_

22.1. Población de residencia \_\_\_\_\_ 22.2. Disponibilidad de Atención Hospitalaria:  
 En la población donde reside       Población cercana       Población distante

22.3. Parroquia de residencia: \_\_\_\_\_ 22.4. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_ 22.5. Estado de residencia: \_\_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES PERSONALES**

23. Condiciones de vida:  
 23.1. Tipo de Vivienda: \_\_\_\_\_

23.2. Condición de Hacinamiento:  Sí  No

23.3. Agua Intradomiciliaria  Sí  No

23.4. Disposición de Excreta:  Sí  No

23.5. Condición económica que dificulta traslado para buscar atención médica:  Sí  No

23.6. Condiciones de viabilidad (vías y transporte) en la zona de residencia que dificultan traslado oportuno:  Sí  No

23.7. Embarazo no deseado:  Sí  No

23.8. Violencia Familiar:  Sí  No

23.9. Otros: \_\_\_\_\_

34. Antecedentes patológicos de riesgo:

34.1. Ninguno       34.2. Hipertensión arterial       34.3. Cardiopatía       34.4. Diabetes       34.5. Lupus  
 34.6. Trastorno mental       34.7. Obesidad       34.8. Desnutrición       34.9. Anemia       34.10. Tabaquismo  
 34.11. Alcoholismo       34.12. Drogadicción       34.13. Infección VIH/SIDA:       34.14. Tumor maligno:       34.15. Cirugía  
 34.16. V.D.R.L reactivo:       34.17. Otra Enf. infecciosa:       34.18. Otro antecedente o condición de riesgo:

24. N° Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ 25. N° de Abortos \_\_\_\_\_ 26. N° partos vaginales \_\_\_\_\_

27. N° de cesáreas \_\_\_\_\_ 28. Nacidos vivos \_\_\_\_\_ 29. Mortinatos \_\_\_\_\_

30. Fecha término de emb. anterior \_\_\_\_\_ 31. Intervalo intergenésico (meses) \_\_\_\_\_ 32. Observación \_\_\_\_\_

33. Antecedentes patológicos embarazos anteriores  
 33.1. Ninguno       33.2. Mola hidatiforme  
 33.3. Recién nacido pretermino       33.4. Recién Nacido Bajo peso  
 33.5. Recién nacido macrosómico       33.6. Toxemia (eclampsia, preeclampsia)  
 33.7. Hemorragia del Embarazo       33.8. Desproporción feto pélvica  
 33.9. Sepsis puerperal       33.10. Embarazo múltiple  
 33.11. Parto Prematuro       33.12. Otros: \_\_\_\_\_

**NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**

**(cont.)**

<b>IV. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO</b>				
35. FUR	36.1. Control prenatal <input type="checkbox"/> Sí → → → <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.	36.2. Semanas de gestación al inicio de control:	36.3. N° de consultas prenatales	36.4. Carnet de control disponible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.
36.5 Nombre del Establecimiento donde se controló el embarazo			36.6. Última consulta prenatal atendida por: <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro: _____	
36.7. Amerito consulta por alto riesgo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado.		36.6.1. Motivo de atención en consulta de alto riesgo:		37. Tipo de Embarazo: <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Múltiple
38. Problemas y complicaciones detectadas durante el presente embarazo:				
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Litiasis biliar	<input type="checkbox"/> Inf. Urinaria
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis		
<input type="checkbox"/> H. T. A	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Sind. Hellp	<input type="checkbox"/> Retardo crecim. uterino
<input type="checkbox"/> Desproporción fetopélvica	<input type="checkbox"/> Feto muerto retenido	<input type="checkbox"/> Hemorragia 1er trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 2do trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 3er trimestre
39. Embarazo terminado en: <input type="checkbox"/> No concluido <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro: _____				
<b>V. CARACTERÍSTICAS DEL FALLECIMIENTO</b>				
40. Fecha de Muerte:	40.1. Hora:	40.2. Día de la semana:	40.3. Alguna Observación en relación a fecha de muerte:	
41. Sitio donde ocurrió el fallecimiento:				
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Hospital I	<input type="checkbox"/> Hospital II	<input type="checkbox"/> Hospital III	<input type="checkbox"/> Hospital IV
<input type="checkbox"/> Hospital Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Amb. Rural	<input type="checkbox"/> Amb. Urbano	<input type="checkbox"/> CDI
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Trayecto a servicio de salud	<input type="checkbox"/> Trayecto por referencia	<input type="checkbox"/> Via publica.	<input type="checkbox"/> Otro sitio:
42. Ubicación geopolítica del sitio de ocurrencia:				
42.1. Población	42.2. Parroquia	42.3. Municipio	42.4. Estado	
43. Período de Ocurrencia del fallecimiento:				
43.1. <input type="checkbox"/> EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2do trimestre <input type="checkbox"/> 3er trimestre			43.1.1. Semanas de Gestación:	
43.2. <input type="checkbox"/> ABORTO: <input type="checkbox"/> Durante el aborto <input type="checkbox"/> Post aborto: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Dias. Cuántos: _____				
43.3. <input type="checkbox"/> CURETAJE: <input type="checkbox"/> Durante el curetaje <input type="checkbox"/> Post curetaje: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Dias. Cuántos: _____				
43.4. <input type="checkbox"/> PARTO: <input type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/> Post parto: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Dias. Cuántos: _____				
43.5. <input type="checkbox"/> CESAREA: <input type="checkbox"/> Durante la cesárea <input type="checkbox"/> Post cesárea: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Dias. Cuántos: _____				
43.6. <input type="checkbox"/> PUERPERIO: Tiempo en días: _____				
43.7. <input type="checkbox"/> Durante otro momento. Especifique: _____				
<b>44. Fallecimiento en establecimiento de salud público o privado</b>				
44.1. Nombre del Establecimiento (especifique tipo, nombre y dependencia del Hospital donde ocurrió el fallecimiento)			44.2 Ingreso al Establecimiento:	
			44.2.1. Fecha:	44.2.2. Hora:
44.3. La paciente ingresó al hospital para atención de:				
<input type="checkbox"/> Complicación durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Aborto en evolución	<input type="checkbox"/> Post aborto		
<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Feto muerto retenido	<input type="checkbox"/> Puerperio Post parto hospitalario		
<input type="checkbox"/> Puerperio Post parto extrahospitalario	<input type="checkbox"/> Operación Cesárea	<input type="checkbox"/> Puerperio post cesárea		
<input type="checkbox"/> Otro (explique)				
44.4. Diagnóstico de ingreso al hospital				
44.5. Número de Historia Clínica:	44.6. Días de Estancia:	44.7. Atendida en UCI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	44.7.1. Días en UCI	
44.8. Procedimientos realizados y fecha: (anote la fecha en la casilla (s) correspondiente (s) según corresponda)				
44.8.1. Curetaje:	44.8.2. Episiotomía	44.8.3. Cesárea	44.8.4. Otro(s):	
44.9. Presencia de infección hospitalaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		44.9.1. Tipo(s) de Infección Hospitalaria:		44.9.2. La infección hospitalaria fue causa directa de muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
44.10. Se realizó necropsia: <input type="checkbox"/> Sí ↓ <input type="checkbox"/> No →			44.10.2. Causa de omisión de autopsia	
44.10.1. Principal(es) Hallazgo (s) diagnóstico (s):				
<b>45. Fallecimiento en la vía</b>				
45. 1. Paciente en la vía por: <input type="checkbox"/> Movilización desde el domicilio a establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Movilización por referencia entre establecimientos de salud <input type="checkbox"/> Circunstancia no relacionada con el embarazo: Cuál?:				
<b>46. Fallecimiento en el domicilio</b>				
46.1. Distancia en tiempo a servicio de salud más cercano:	46.2. Costo de movilización:	46.3. Antecedentes de haber consultado por la enfermedad o complicación que causaron el fallecimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>47. Fallecimiento en otro sitio</b>				
47.1. Sitio de ocurrencia del fallecimiento		47.2. Circunstancia de ocurrencia del fallecimiento		

**NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**

(cont.)

VI. SECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS QUE CULMINARON EN LA MUERTE			
48. Síntomas y signos de inicio del problema o complicación: <i>Registre los principales</i>			48.1. Fecha de Inicio:
			48.2. Hora de Inicio:
49. Reconoció oportunamente la gravedad del problema: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No →→→→→→→→		49.1. Limitaciones detectadas: <input type="checkbox"/> Desconocimiento de signos de alarma <input type="checkbox"/> Rehusa atención médica <input type="checkbox"/> Otros:	
50. Búsqueda oportuna de atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → ↓		50.3. Problemas identificados en la búsqueda de atención médica <input type="checkbox"/> Domicilio lejano <input type="checkbox"/> Faltó dinero para movilización <input type="checkbox"/> Faltó transporte <input type="checkbox"/> Via en malas condiciones <input type="checkbox"/> Muerte súbita <input type="checkbox"/> Otro problema:	
50.1. Fecha:	50.2. Hora:		
51. Recibió oportunamente atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → ↓		51.4. Limitaciones detectadas: <input type="checkbox"/> Indicaron tratamiento ambulatorio <input type="checkbox"/> Establecimiento sin cupo <input type="checkbox"/> Demora en el traslado por: <input type="checkbox"/> Falta de ambulancia para traslado. <input type="checkbox"/> Ambulancia no disponible en el momento <input type="checkbox"/> Falta gasolina para ambulancia <input type="checkbox"/> Otro:	
51.1. Nombre de Establecimiento:			
51.2. Población	51.3. Fecha:	51.3.1. Hora:	
52. Ameritó traslado a otro establecimiento de salud: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → ↓		52.1. Fecha:	52.1.1. Hora:
		52.2. Motivo del traslado:	
52.3. Nombre del Establecimiento hasta donde es referida:		52.4. Problemas detectados en el traslado:	
53. Ingreso a establecimiento de mayor complejidad:			
53.1. Fecha:	53.1.1. Hora:	53.2. Condición clínica al llegar:	
53.3. Problemas detectado en el acceso a establecimiento de mayor complejidad:			
VII. CRITERIOS DIAGNOSTICOS: CLINICOS, RADIOLÓGICOS, DE LABORATORIO, QUIRÚRGICOS y/o NECROPSIA			
54. Registrar hallazgos pertinentes, según criterio, para conclusión diagnóstica:			
Criterio:	Hallazgo pertinente:		
VIII. CAUSA DE MUERTE			
55. Registrar en las siguientes celdas las causas de muerte de acuerdo a la clasificación sugerida. Es importante registrar la secuencia de acontecimientos clínicos			
		<b>Diagnóstico</b>	<b>fallecimiento</b>
55.1. Causa directa:			
55.2. Causa Intermedia:			
55.3. Causa básica:			
55.4. Otros diagnósticos que contribuyeron al fallecimiento.			
55.5. Registrar alguna observación pertinente al diagnóstico de muerte: (Por ejemplo incongruencias con el Certificado de Defunción)			
56. Condiciones vinculadas con algunos diagnósticos de causa básica de fallecimiento:			
56.1. En aborto espontáneo, se identificó causa subyacente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		56.1.1. Especifique: (Por ejemplo sífilis materna, toxoplasmosis, etc)	
56.2. En aborto inducido no médico, se identificó método utilizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		56.2.1. ¿Cuál método se identificó?	
56.3. En sepsis puerperal se estableció la causa subyacente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		56.3.1. ¿Por qué ocurrió la sepsis puerperal?	
56.4. En fallecimiento vinculado al trabajo de parto se investigó el tiempo de trabajo de parto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		56.4.1. Tiempo en horas:	
56.5. En fallecimiento vinculado a cesarea se investigó la causa para indicación de cesarea: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		56.5.1. Motivo para la indicación de cesarea:	

**NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL**

**(cont.)**

**IX. CONDICION DEL PRODUCTO DE GESTACION**

57.1. Condición del producto de la gestación al término del embarazo:  Aborto  Mortinato  Nacido Vivo

57.2. Talla al nacer de recién nacido vivo:	57.3. Peso al nacer de recién nacido vivo:	57.4. Edad gestacional de recién nacido vivo:	57.5. Condición del Recién Nacido a la fecha de muerte de la madre: <input type="checkbox"/> En domicilio <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Otro:
---	--	---	---

**XIII. PERCEPCIÓN DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA SOBRE LA SUFICIENCIA DE LA RESPUESTA SANITARIA A LAS NECESIDADES DE SALUD DE ESTA MADRE:**

58. Seleccione una de las alternativas que se dan a continuación y en el espacio en blanco registre la explicación que motiva su selección.

<input type="checkbox"/>	58.1. La disponibilidad de servicios, accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención de salud fueron <b>SUFICIENTES</b> para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.2. La disponibilidad de servicios de salud fue <b>INSUFICIENTE</b> para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.3. La accesibilidad a la atención de salud fue <b>INSUFICIENTE</b> para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.4. La oportunidad para la atención de salud fue <b>INSUFICIENTE</b> para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.5. La calidad de la atención de salud fue <b>INSUFICIENTE</b> para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.6. En este caso no hubo demanda de atención en servicios de salud	
<input type="checkbox"/>	58.7. No sabe	
<input type="checkbox"/>	58.8. No opina	

**XIV. REVISIÓN DE LOS DATOS Y CERTIFICACIÓN DE CONTENIDO EN LA FICHA (Registrar nombre y función)**

Unidad de Epidemiología de:	Nombre del responsable del llenado y/o revisión de la ficha:	Función en la Unidad de Epidemiología
Local		
Municipal		
Regional		
Nacional		

59. Registre comentarios, sugerencias y observaciones relacionados con la aplicabilidad de la ficha en este caso en particular o en general con la vigilancia de muerte materna.

60.1. Sello de la Dependencia Local

60.2. Sello de la Dependencia Municipal

60.3. Sello de la Dependencia Regional

## 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 SÉPTICO.** Un aborto –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...

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

**ADMINISTRACIÓN DEL ESTÍMULO SEXUAL.** Esta situación es variable, puede ser heterosexual, homosexual, bisexual, etc.

**AGUS.** Cambios celulares que están mas allá que los encontrados en procesos reactivos benignos, pero que son insuficientes para el diagnóstico de adenocarcinoma invasor.

**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.

**ASCUS.** Cambios celulares que exceden a aquellos atribuibles a lesiones o procesos reactivos benignos, pero que son insuficientes para definir un diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa (LIE).

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN.** 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 PLANIFICACIÓN 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 ATENCIÓN.** El trato cordial, atento y con información que se proporciona a la usuaria o usuario del servicio.

Glosario

**CAMBIADA A OTRO MÉTODO.** 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.

**CLÍNICA.** Sesión horaria dedicada por el médico para asistencia de usuarias/os o pacientes de los Servicios 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 o más horas en casos especiales.

**CLOASMA.** Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

**COMPLICACIONES DE MÉTODO.** 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.

**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).

**COMUNICACIÓN.** 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 usuario 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, cambios 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.

**DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Posibilidad cierta de las usuarias para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones de salud o para adquirirlos en las farmacias.

**DISTOCIA.** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

**EDAD FÉRTIL 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.

Glosario

**EDUCACIÓN.** 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.

**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 OBSTÉTRICA.** 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.

**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.

**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.

**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 están íntimamente asociadas<sup>34</sup> 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.

**FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO.** Es un suceso que puede producirse en toda persona que utilizando un método suministrado por el Servicio, se embaraza.

**FRECUENCIA DE LA SITUACIÓN/ESTÍMULO SEXUAL.** Se refiere al número de veces que en un período determinado la persona se activa o siente deseo sexual, no queriendo decir con esto que la persona lo lleve a una actividad sexual.

**FUNCIÓN 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 conducen a cambios fisiológicos internos y externos, generales y específicos del individuo en la ejecución de la misma.

**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.

Glosario

**HEMORRAGIA VAGINAL ANTES DE LA 28 SEMANA DE GESTACIÓN.** Es la hemorragia durante el embarazo antes de la 28 semana.

**HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.** Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

**HORAS/MÉDICO.** Son las horas médico dedicadas a la atención de las usuarias.

**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 femenina, 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, 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).

**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.

**INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (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.

**INFORMACIÓN.** 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.

**LABOR DE TRABAJO DE PARTO.** El diagnóstico se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas efectivas las cuales modifican el cérvix uterino (borrado y con dilatación) o bien con contracciones uterinas regulares 3 en 10 minutos, y ruptura de membranas. Este es el momento clínico más importante de la labor. Las contracciones de labor producen borramiento y dilatación del cuello uterino.

**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 basada en leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

**LÍQUIDOS DE ALTO RIESGO.** Sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo, semen y secreciones vaginales.

**MALA PRESENTACIÓN.** 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, anomalía fetal, útero anormal. La placenta previa y el abdomen flácido predisponen a la presentación de hombros y podálica.

**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.

Glosario

**MISION DE AVISO.** La Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia 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 pago de una multa por el Tribunal al que corresponda el conocimiento de la causa, de conformidad con la gravedad de los hechos y la reincidencia en el incumplimiento de esta obligación.

**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 para los que nacen vivos como para los mortinatos.

**NUEVAS USUARIAS.** Son aquellas personas que acuden 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 ATENCIÓN.** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

**ÓRGANOS RECEPTORES DE DENUNCIA.** En la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia la denuncia de las víctimas de violencia sexual 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, órganos 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.

**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).

**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.

**PARTO PRETÉRMINO.** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

**PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO.** Usuaria que no concurrió 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”.

**PLANIFICACIÓN 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.

Glosario

**POSTMENOPAUSIA.** 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).

**PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO.** Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan secreciones potencialmente infectantes.

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

**PRÁCTICAS 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.

**PRE-ECLAMPSIA.** Es cuando la mujer embarazada presenta hipertensión arterial, con proteinuria. Frecuentemente presenta edema. Ocurre después de la 20ª semana de gestación.

**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.

**PRIMERAS CONSULTAS.** Son aquellas que se dedican a la atención de usuarias y usuarios 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 inmuno-electrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIPA).

**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 NORMAL.** Es el período 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 42 días (6 semanas) posteriores al alumbramiento.

**PUERPERIO TARDÍO.** Se extiende hasta la sexta semana del período post parto.

**RECIBIDA DE OTRO SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** La que sigue un método en un SPF y por cualquier motivo (p. ej.: 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 deba notificar y solicitar información al SPF donde se controlaba.

**RECIÉN NACIDO VIVO.** Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 22 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.

**RECIÉN NACIDO.** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**RECIÉN NACIDO. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL:**

- 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.

Glosario

- 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.

**RECIÉN NACIDO. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO CORPORAL AL NACIMIENTO Y LA EDAD GESTACIONAL:**

- 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).

**REFERENCIA A OTRO SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR.** Usuaría 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”.

**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).

**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 INTEGRAL.** La salud se concibe como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar y producto de las determinaciones sociales. Comprende el conjunto 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.** 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.

Glosario

**SEROPOSITIVO.** Persona en la que el test de detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana, resulta positivo.

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

**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, o hay la penetración pero se usa un método de barrera (condón masculino/femenino).

**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.

**SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA.** Todo alimento comercial presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

**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. 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).

**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 PRE TÉRMINO CON MEMBRANAS ROTAS.** Es cuando la labor ocurre entre las 28-37 semanas con membranas rotas. Se asocia a infección intra-amniótica.

**USUARIA/USUARIO.** Toda mujer, hombre o pareja que consulte a un Servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

**USUARIA/O ACTIVA/O.** Hombre o mujer que sigue un método anticonceptivo 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 anticonceptivo de planificación por razones médicas, deseo de embarazarse, embarazo comprobado, ausencia de riesgo, etc. Su historia egresa y pasa a archivo “pasivo” con tarjeta.

**USUARIA EN PERIODO DE PRÓRROGA.** 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.

Glosario

**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.

**USUARIAS DE COMIENZO DE MES.** Son aquellas resultantes de la sumatoria de las usuarias del mes anterior, pueden ser discriminadas por métodos.

**VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye el VIH-1 y el VIH-2.

**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.

**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, 2000).

**VIOLACIÓN.** Se llama violación a la situación en que una persona usa la violencia o la amenaza para obligar a otra persona a soportar un acto sexual, de cualquier tipo.

**VIOLENCIA FÍSICA.** 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 PSICOLÓGICA.** 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.

## Bibliografía

- AMIDEN-IMSS (1986) Temas de Planificación Familiar. Guías Didácticas.
- Andino, N. (2002). Informe Asesoría Técnica en Salud Sexual y Reproductiva. Convenio FNUAP-MSDS. Venezuela.
- 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.
- Barrera, G. (1994). El adolescente y los problemas de aprendizaje (Consideraciones Especiales). Caracas.
- 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.
- Campell, A. (1986). Manual para el Análisis de la Fecundidad. OPS/OMS. Publicación Científica N° 494. Caracas, Venezuela.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-CLAP/OPS/ OMS (1992). Tecnologías Perinatales. Publicación Científica del CLAP N° 1255. Montevideo, Uruguay.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1990). Tecnologías Perinatales. OPS/OMS.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1990). Tecnologías Perinatales. OPS/OMS. Publicación Científica CLAP N° 1202. 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.
- 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 N° 5.453 (Extraordinario).
- Convenio FNUAP-MSDS. Venezuela.
- Cunningham, G. Neonatología. Manejo Básico.
- Da Costa D. y G. González (2002). Informe Asesoría Técnica al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- 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.
- Diez, E. y Fernández, G. (1993). Efectos de baja dosis de estrógenos en mujeres menopáusicas. Investigación Clínica. Páginas 34, 29-39.
- Family Care Internacional (1995). Compromisos hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todos.
- Family Health International (1993). Calidad de la Atención. Revista Network en español.
- Family Health International (1995). Serie d Actualización de Tecnología Anticonceptiva.

**Bibliografía**

- Faneite, P. (1984). Actualidades en Medicina Perinatal. Puerto Cabello, Venezuela.
- Faneite, P. (1992). Evaluación de la Salud Fetal. Puerto Cabello, Venezuela.
- FNUAP-RED POB (1997). Proceso de consulta para una propuesta de país 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 (2001). Análisis de la situación del país en materia de Población y Estrategias de Desarrollo y en Salud Sexual y Reproductiva. Venezuela.
- 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 y Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo-GPI (1999). Compromisos Legislativos sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Freites A. y M. DiBrienza (2000). Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes. FNUAP. Venezuela.
- Geicher, N. (1989). Medicina Clínica en Obstetricia. Editorial Panamericana. Tomo I.
- Gerendas, M. y E. Siléo (1992). Embarazo en la Adolescencia. Factores de Riesgo y Cadena de Prevención. Venezuela.
- Geusens, P. (1996). Data on Livial (Tibolone). Present at the World Congress on Osteoporosis. May 18-23. Amsterdam, The Netherlands.
- Gómez, L. (1988) El parto industrializado. Foro sobre la violencia en el parto. Foro en Defensa e la Ciudad. Mimeo. 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.
- Gómez, L. (1997). Violencia no es sólo golpes. Reflexiones psicopáticas sobre violencia, mujer y género.
- Guzmán, I. (1997). Embarazo, Maternidad y Paternidad Adolescente. Lineamientos para una política de prevención integral. Costa Rica.
- Huggins, M. (2002). El concepto de género. Plan Estratégico Social. MSDS. (Material Mimeo) Venezuela.
- Iffy-Kamintzky (1986). Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Panamericana.
- Jiménez, M. (coord.) (2000). Mujeres Protagonistas y el Proceso Constituyente. Embajada Británica, UNIFEM, PNUD. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela.
- Jones, H. y W. Burnett. Tratado de Ginecología de Novak. Interamericana. Mc.Graw-Hill. 11ª Edición.
- Kelly, A. La Deficiencia de 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 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.
- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras
- Liendo, P. (1970). Contenido de 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

**Bibliografía**

- 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.
- 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.
- Maddaleno, M. y otros (1995). La Salud del Adolescente y del Joven. OPS/OMS. Publicación Científica N° 552. Washington.
- Maternidad Concepción Palacios (1994). Pautas de Obstetricia. Caracas -Venezuela.
- Medellín, G. y E. Tascón. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano.
- Ministerio da Saúde de Brasil (1999). Manual de Treinamento de Aconselhamento EMDTS, HIV e AIDS. Brasil.
- 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 la Familia (1995). Un Estudio del Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes. Encuesta Social en 1993. Caracas, Venezuela.
- Ministerio de Salud (1995). Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual Operativo. Managua, Nicaragua.
- 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 (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.
- Ministerio de Salud (1997). Normas en Salud Sexual y Reproductiva. Panamá.
- 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 Salud de la Republica del Perú (1999). Normas del Programa de Planificación Familiar. Perú.
- 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 de Salud Pública de la República del Ecuador (1999). Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. Ecuador.
- 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 (2002). Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud. 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 y Desarrollo Social-MSDS (2003). Programa Nacional de Salud Sexual y

**Bibliografía**

- Reproductiva. Versiones 2000-2001-2002-2003. 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. 2ª Edición.
- 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). 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 Sanidad y Asistencia Social- MSAS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS, Banco Mundial (1998). El VIH/Sida en 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 Sanidad y Asistencia Social (1999). Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Venezuela.
- Ministerio de Saúde (1986). Divisao Nacional de Saúde Materno Infantil. Centro de Documentação. Brasília, Brasil.
- Muñoz, M. (2001). Coord. Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la nueva Constitución Venezolana. Testimonios de un debate. Red Pob –FNUAP. Venezuela.
- 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.
- Oficina Central de Estadísticas e Información-OCEI/FNUAP (1999). Encuesta de Población y Familia – EMPOFAM’98. Venezuela.
- 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 (2002). Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia. Bolivia.
- OMS/UNICEF (1989). Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Ginebra, Suiza.
- OPS (1986). Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington, USA.
- OPS (2000). Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Centro de Estudios de Población. Buenos Aires, Argentina.
- OPS. Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local.
- 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 (2002). Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna. 26º Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional.
- OPS/OMS CDC (2000). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA:

**Bibliografía**

- Pautas para la Prevención de Infecciones Oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.
- OPS/OMS Col. ONUSIDA, IALAPAC, AECI (2001) Pautas de Atención Integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas.
- OPS/OMS Prevención del SIDA. El SIDA y la Planificación Familiar. Venezuela
- 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-FNUAP-UNICEF (1997). Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Washington, USA.
- OPS/OMS-FNUAP-UNICEF (2001). Manual de monitoreo y evaluación de Programas de Salud Sexual y Reproductiva
- 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 emergencias obstétricas en hospitales de referencia. N° 5.
- 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 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. Propuesta Estratégica de Educación Permanente en Emergencias Obstétricas para personal de Enfermería. N° 4. Publicación N° PAHO/HMP/GDR-4/94,21.
- OPS/OMS/Fundación W.K. Kellogg (1996). Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y módulos de atención. 2ª Impresión.
- 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 e Reproducción Humana. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA). Efectos en mujeres y niños.
- 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 (1983). Manual para la Atención de la Madre y del Niño. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. N° 3.
- 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.
- Programa Nacional de ITS/SIDA. Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social -MSDS (2002). Plan Estratégico Social. Documento Base y versión resumida. Venezuela.
- Protocolos en Menopausia (1995). Tomo I y II. Editorial Mirpal. Madrid.
- Publicación Científica CLAP N° 1202. Montevideo, Uruguay.
- Publicación N° PAHO/HMP/DGR-4/94,29.
- Publicación OPS N° PAHO/HMP/ GDR-4/94-29. Guatemala.
- Quisber, L. (1995). Neonatología. Interamericana Mc. Graw-Hill. México.

**Bibliografía**

- Red de Población y Desarrollo Sustentable – REDPOB (1996). El Cairo y Beijing. Dos Conferencias que nos comprometen. Venezuela.
- República de Venezuela. Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela. N° 36576, Noviembre,6. Venezuela.
- Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, CEM-UCV, vol. 2 N° 5. Venezuela.
- Sáenz I. y A. Arias (1994). Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud del Adolescente. OPS/OMS. Barquisimeto – Venezuela.
- Sáez, I (1992). Al Adolescente de Alto Riesgo y Primeras Causas de Mortalidad. 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. 2ª Edición. Venezuela.
- Sáez, I. (1992). Programa PROAMA. Sexualidad en la Adolescencia. 2ª Edición. 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 N° 132.01). Uruguay.
- Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (1993). Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México.
- Silber T. y otros (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. Washington, D.C. USA.
- Sileo, E. (1992). PROGRAMA PROAMA. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas, Venezuela.
- Simposio “Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas” (2001) Informe Final, Cancún, México.
- 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. Editorial Ateproca. Caracas, Venezuela.
- Toro, H. (1997). Relación de la Fecundidad Posterior al Parto o al Aborto. Serie de Documentos Técnicos N° 6. UNFPA.
- UNFPA/ (1999). Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva. EAT (consultor: Horacio Toro Ocampo).
- Universidad de John Hopkins (1999). Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Facultad de Salud Pública.
- 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.
- Zeiguer B. de (1988). Ginecología Infante Juvenil. 2da. Edición. Editorial Médica Panamericana. Junín 831. Buenos Aires, Argentina.
- Ycaza, S. Y M. Béhar (1981). Nutrición Interamericana. Zeiguer, B. (1998). Ginecología Infante-Juvenil. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina.

## Índice de contenido

<b>Presentación</b>	5
<b>Introducción</b>	7
Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 37705, 5 de junio de 2003	9
<b>Prólogo</b>	11
<b>PARTE I</b>	
<b>LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	15
1. Antecedentes de los instrumentos normativos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos en venezuela	15
2. El nuevo marco legal	17
3. La política de calidad de vida y salud	22
4. marco conceptual de salud sexual y reproductiva	27
5. Una mirada a la salud sexual y reproductiva en venezuela	33
6. Situación de las respuestas institucionales para la atención en salud sexual y reproductiva	46
7. Construyendo el proyecto de autonomía en salud sexual y reproductiva	54
<b>PARTE II</b>	
<b>REGLAMENTO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	72
1. Objetivo general y objetivos específicos del reglamento técnico administrativo	72
2. Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva	73
3. Disposiciones generales según los niveles de organización administrativa del programa nacional de salud sexual y reproductiva	75
4. Actividades de atención integral en salud sexual y reproductiva	83
5. Disposiciones para la atención integral en salud sexual y reproductiva según etapas del ciclo de vida	90
6. Especificaciones de las áreas de atención integral en salud sexual y reproductiva	100
<b>PARTE III</b>	
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	110
1. Objetivos del manual de procedimientos	110
2. Asesoría en salud sexual y reproductiva	112

3. atención integral de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes	114
4. Planificación familiar	122
5. Salud prenatal y perinatal	149
6. Lactancia materna	179
7. Atención ginecológica	184
8. Atención de la mujer en la menopausia y climaterio	188
9. atención al hombre adulto y adulto mayor	197
10. disfunciones sexuales	200
11. prevención y control del cáncer ginecológico	202
12. violencia intrafamiliar y sexual	210

**ANEXOS** 220

**ALGORITMOS PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

Manejo del trabajo de parto	220
Distocia de presentación	221
Hemorragia postparto	222
Esquema 1. Control de embarazo	223
Esquema 2. Sífilis y embarazo	224
Esquema 3. Embarazada VIH/sida	225
Hemorragia vaginal antes de las 20 semanas de gestación	226
Hemorragia anteparto	227
Embarazo pre término con membranas íntegras	228
Ruptura prematura de las membranas, sin trabajo de parto, sin infección	229
Manejo del trabajo de parto pre término con membranas rotas	230
Aborto séptico	231
Endometritis	232
Preeclampsia	233

**ALGORITMO ATENCIÓN INTEGRAL HOMBRE MAYOR DE 40 AÑOS**

Paciente mayor 40 año	234
-----------------------	-----

**PATOLOGÍA CERVICAL**

Diagrama de decisiones	235
Control de cáncer de cuello uterino, diagnóstico, tratamiento y seguimiento	236

<b>INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL</b>	237
Partograma de la OMS modificado	238
Certificado de Nacimiento EV-25	241
Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Infantil y de 1 - 4 años de edad (SIS-01. SIVIGILA MI-1)	243
Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Infantil por afecciones originadas en el Período Perinatal (SIS-01. SIVIGILA MI-2)	244
Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-1)	247
Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-2)	248
<b>Glosario</b>	252
<b>Bibliografía</b>	261
<b>Índice de cuadros</b>	
<b>Cuadro 1</b>	
Casos nuevos reportados según sexo. Venezuela, 2003-2012	41
<b>Cuadro 2</b>	
Mortalidad por VIH/sida según año y sexo. Venezuela, 2003-2010	41
<b>Cuadro 3</b>	
Salud sexual y reproductiva en la infancia	66
<b>Cuadro 4</b>	
Salud sexual y reproductiva en la adolescencia	67
<b>Cuadro 5</b>	
Salud sexual y reproductiva de las y los adultos	68
<b>Cuadro 6</b>	
Salud sexual y reproductiva de las y los adultos mayores	70
<b>Cuadro 7</b>	
Transectorialidad intrainstitucional en la infancia	95
<b>Cuadro 8</b>	
Transectorialidad intrainstitucional en la adolescencia y juventud	95
<b>Cuadro 9</b>	
Transectorialidad intrainstitucional en la adulta y adulto	98
<b>Cuadro 10</b>	
Transectorialidad intrainstitucional en la adulta y adulto mayor	99

<b>Cuadro 11</b>	
Actividades en consulta prenatal. Esquema de 6 consultas	161
<b>Cuadro 12</b>	
Uso de medicamentos durante el embarazo y su teratogenicidad	162
<b>Cuadro 13</b>	
Niveles de atención integral a la embarazada	163
<b>Cuadro 14</b>	
Planos de pelvis y su relación con la altura de la presentación	165
<b>Cuadro 15</b>	
Puntaje de Apgar	170
<b>Cuadro 16</b>	
Algunas situaciones de alto riesgo en las que puede preverse la reanimación	172
<b>Cuadro 17</b>	
Tratamiento en caso de hemorragias postparto	175
<b>Cuadro 18</b>	
Manejo de anticonvulsivantes en la gestación con trastornos hipertensivos asociados al embarazo	176
<b>Cuadro 19</b>	
Drogas indicadas y contraindicadas	180
<b>Cuadro 20</b>	
Problemas tempranos en la madre	180
<b>Cuadro 21</b>	
Problemas tardíos en la madre y el niño/niña	181

## **Índice de gráficos**

<b>Gráfico 1</b>	
Casos conocidos de delitos sexuales en menores de 18 años. Venezuela, 2005-2008	44
<b>Gráfico 2</b>	
Redes para la atención integral en salud sexual y reproductiva	73
<b>Gráfico 3</b>	
Atención integral de SSR en los establecimientos de salud según etapas del ciclo de vida y género	94



**De este libro se imprimieron 15.000 ejemplares en los talleres de Impresos Nuevo Mundo C.A., en el mes de noviembre 2013. Para su diagramación se usaron fuentes de la familia Chaparral Pro.**