

Lo Que Debe Saber Sobre

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INFORMACIÓN BÁSICA DE USO DIARIO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Lo Que Debe Saber Sobre

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INFORMACIÓN BÁSICA DE USO DIARIO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

Este es un material de consulta rápida sobre las principales acciones e intervenciones para la atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR). Responde a las necesidades técnicas expresadas por profesionales de la salud de los territorios, durante las acciones realizadas por UNFPA para el fortalecimiento de capacidades en salud sexual y reproductiva, así como a los diversos instrumentos normativos, técnicos y operativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tenga en cuenta que estas son guías rápidas. Usted como profesional de la salud debe conocer y aplicar las rutas integrales de atención, los protocolos y los lineamientos para la atención en salud sexual y reproductiva del MSPS.



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA.

AÍDA VERÓNICA SIMÁN

Representante

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA

Representante Auxiliar

EQUIPO TÉCNICO

Ana Zulema Jiménez Soto
Luz Magdalena González Poveda
Ana María Vélez Rodríguez
Erika García Roa
Nazly Viviana Montoya Garzón
Lilliana Cuevas Ortiz
Daniel García Lamus
Cecilia Bertolini

EQUIPO EDITORIAL

Grace Montserrat Torrente R.
Asesora en comunicaciones, UNFPA.

Gema Granados Hidalgo
Corrección de estilo

Laura Acevedo
Luis Alejandro Guevara
Diseño y diagramación

ISBN: 978-958-5437-07-4

Impresión: Digitos y Diseños

Bogotá D.C.
©UNFPA 2019

REVISIÓN TÉCNICA

Ministerio de Salud y Protección Social

ANA MARÍA PEÑUELA

Asesora del despacho del Ministro
Convivencia Social y Ciudadana

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Diego Quiroga Díaz
Erika Alejandra Ramírez Gordillo

TABLA DE CONTENIDOS

Reconocer los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	7
Embarazo en la infancia y la adolescencia: Estrategias globales y nacionales para su prevención.	15
Derecho a la anticoncepción: Autonomía reproductiva.	23
Derecho a la maternidad segura: Claves para su garantía.	31
Derecho a la atención integral para la prevención, diagnóstico oportuno y manejo de la infección por VIH/sida.	41
Derecho a la atención Integral en salud en casos de violencias basadas en género con énfasis en violencia sexual.	51
Derecho al aborto seguro: acciones que salvan vidas.	69
Referencias bibliográficas.	76



CAPÍTULO 1

RECONOCER LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS





LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS SON PARTE DE LOS DERECHOS HUMANOS Y POR TANTO, DEBEN GARANTIZARSE A TODAS LAS PERSONAS, SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA, PARA EL LOGRO DE UNA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PLENA, SEGURA, DIGNA Y PLACENTERA. LA LEY ESTATUTARIA CONSAGRA LA SALUD COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL Y EL ESTADO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SALUD, CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS, TIENE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS Y PROMOVERLOS.



RECONOCER LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

En todas las atenciones que se brinden en salud sexual y salud reproductiva es necesario incorporar el enfoque de derechos.

Los derechos humanos son aspiraciones o valores éticos que han alcanzado un consenso mundial y que buscan regular las relaciones entre las personas y entre ellas y las instituciones, al establecer unos principios en todas las interacciones sociales y políticas (la familia, la escuela, las relaciones interpersonales, las relaciones de los ciudadanos y ciudadanas con el Estado y con el medio ambiente) y en el campo de la sexualidad y la reproducción.

PARA ENTENDER LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS, ES CLAVE NO OLVIDAR...

▶ LA SEXUALIDAD¹

La sexualidad es una condición humana y como tal es un campo de aplicación de los Derechos Humanos. En la historia uno de los anhelos universales de las personas ha sido el reconocimiento del disfrute libre de la sexualidad y la reproducción. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos aceptados hoy en el mundo y en Colombia, responden a la reivindicación y reconocimiento de que **todas las personas somos dueñas de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad** y que cada individuo puede decidir sobre su vida sexual y reproductiva sin presiones ni coerciones.

¹ Fuente: Minsalud: Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. 2014

La sexualidad también se define desde una postura más comprensiva como un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.

En este sentido, el Estado a través de sus instituciones debe propiciar, facilitar y proveer las condiciones necesarias y favorables para el disfrute de la sexualidad, el libre y responsable ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que de ella se originen, ya que la sexualidad así entendida, comporta un especial contenido y alcance trascendente, por lo cual los espacios tradicionales de socialización, esto es, la familia y la escuela, están llamadas a desempeñar roles de especial significado e impacto.

En Colombia, aún tenemos muchas problemáticas asociadas a estos aspectos, pero cada vez más el Estado, las instituciones y las políticas que se desarrollan avanzan en la comprensión de las diferentes miradas de la sexualidad y sus abordajes. Esto se refleja en la incorporación de los enfoques de género, derechos y diferencial como aspectos esenciales para el logro de una sexualidad plena y una salud sexual y reproductiva segura, digna y responsable para todas y todos.

▶ EL SEXO²

Tradicionalmente hemos comprendido que el sexo determina la condición de ser mujeres u hombres; sin embargo, esto no es así. Se hace necesario entender que la noción de sexo hace referencia a las **características de orden biológico** que diferencian unos cuerpos de otros.

Así, el sexo hace referencia a la configuración de las corporalidades en razón de tres características principales: **lo cromosómico, lo gonadal y lo genital**.

Cuando se habla de lo **cromosómico**, se hace referencia a la configuración de la carga genética de una persona; en este caso, en especial a aquellos que se llaman cromosomas sexuales. Se identifican a quienes tienen una carga cromosómica sexual XX como hembras, a aquellos que tienen una XY como machos y a quienes tienen una trisomía en estas (XXY, XXX, XYY o una expresión genital de difícil clasificación) como intersexuales. Algunas personas **intersexuales** también pueden tener una carga cromosómica de XX o XY.

En términos de lo **genital**, en el sexo se pueden distinguir los genitales externos e internos, según la configuración general del cuerpo (vulva, labios menores, labios mayores, testículos, pene, escroto, glande, entre otros) y, por tanto, se puede hablar de hembras, machos o intersexuales.

² Fuente: Minsalud: Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. 2014

▶ EL GÉNERO

El género no está predeterminado biológicamente, es el conjunto de construcciones socioculturales que determinan las formas de ser hombres o mujeres en un tiempo y una cultura específicos. Esto implica que dichas construcciones no son fijas, sino cambiantes y transformables. En este sentido, el género está compuesto por características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales y se configura en cada persona durante el proceso de socialización en el cual, se asignan conductas diferenciales a los hombres y a las mujeres a partir de las normas, los valores, las creencias y los intereses que se consideran apropiados para ellos y para ellas. Estos comportamientos son transmitidos e incorporados a lo largo del curso de la vida y producen valoraciones y juicios asimétricos entre los hombres y las mujeres.

Las expectativas sobre lo que deben ser una mujer y un hombre hacen parte de las culturas y se arraigan en las sociedades debido a que son inculcadas desde la niñez y transmitidas de generación en generación. Este profundo arraigo hace parecer estas expectativas como si fueran naturales e inmodificables. Sin embargo, estos mandatos culturales no son estáticos ni inquebrantables; por el contrario, son dinámicos y van transformándose en consonancia con los cambios de las sociedades.

Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente con relación a la percepción que tienen de su propio sexo y género.

▶ LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Además de expresarse y asumir roles, **las personas sienten, se perciben y se identifican con un determinado género**. Esta profunda identificación que cada persona tiene con un género u otro es lo que se llama identidad de género y puede corresponderse o no con el sexo biológico de las personas. Si la identidad de género de una persona corresponde con su sexo biológico, es decir una mujer que se identifica con el género femenino o un varón con el género masculino, se dice que esa persona es cisgénero o cisgenérica. Pero si la identidad de género de una persona no se corresponde con su sexo biológico se dice que ellas son personas transgénero, transgenéricas o simplemente, trans.³

La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. *"Es una auto-identificación que hace cada persona respondiendo a sus propios sentimientos y deseos"*⁴

Por lo general las personas se identifican como femeninas o masculinas; sin embargo, para otras personas esta definición no responde a sus propias necesidades pues de manera permanente o temporal, asumen roles, modos de ser y estéticas asignados al sexo "opuesto" al de su nacimiento. Estas prácticas son denominadas transgenerismo, el cual comprende tres categorías:⁵

³ http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf

⁴ García, Carlos I. "Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia". Colombia Diversa, 2007, Bogotá, p. 62.

⁵ "Enfoque de Orientaciones Sexuales e Identidades de Género". Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas-UARIV-, OIM-USAID, 2014, Bogotá D.C, Colombia.

Transformistas: cuando las personas asumen los roles, modos y estéticas asignados al sexo "opuesto" al de su nacimiento, de una manera transitoria.

Travestis: cuando lo anterior se asume de manera permanente.

Transexuales: cuando las personas realizan adecuaciones corporales mediante cirugías y/o tratamientos hormonales.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Es la expresión del deseo que se encarna en el cuerpo de cada sujeto, traducido en la atracción física o preferencia afectiva que siente hacia las otras personas y que se manifiesta a través de sentimientos, comportamientos y prácticas sexuales.

La orientación sexual puede ser:

Heterosexual: atracción hacia personas del sexo opuesto.

Homosexual: atracción hacia personas del mismo sexo (gay, lesbiana).

Bisexual: atracción por personas de ambos sexos.

LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS (DSDR)

Son los derechos humanos interpretados desde el punto de vista de la sexualidad y reproducción de las personas y son independientes de la edad, sexo, género, opción sexual, etnia, clase social o situación particular como discapacidad, etc. Estos están contemplados en los tratados internacionales y regionales legalmente vinculantes y han sido suscritos por Colombia.

La siguiente es una aproximación a la definición específica de los DSDR:

Derechos sexuales son aquellos que permiten regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia. Para las mujeres los derechos sexuales tienen un especial significado, pues involucran el derecho a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos, y el derecho a ejercer la sexualidad de manera placentera sin que ésta conlleve necesariamente a un embarazo.

Derechos reproductivos son aquellos que permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. Además, implican el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

De esta manera, los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) son derechos humanos y deben considerarse como tales. Estos son dinámicos, amplios y están completamente relacionados con la realización de otros derechos **como la igualdad, la equidad y la dignidad.**

Durante las asesorías y consultas en salud sexual y reproductiva es fundamental brindar información sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, algunos de los cuales se enuncian a continuación:

DERECHOS SEXUALES

-  Derecho a fortalecer la autonomía y la autoestima en el ejercicio de la sexualidad
-  Derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera
-  Derecho a elegir las parejas sexuales
-  Derecho a vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia
-  Derecho a tener relaciones sexuales consensuadas
-  Derecho a decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual
-  Derecho a decidir sobre la unión con otras personas
-  Derecho a vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género
-  Derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados
-  Derecho a recibir información y acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación
-  Derecho a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida

DERECHOS REPRODUCTIVOS

-  Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia
-  Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijas o hijos
-  Derecho a decidir sobre el número de hijas o hijos que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro
-  Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar
-  Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo
-  Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia
-  Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura
-  Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva
-  Derecho a acceder a información de calidad que permita tomar decisiones sobre prevención de embarazos no deseados; anticoncepción inmediata después de un parto o aborto; e interrupción voluntaria del embarazo
-  Derecho a acceder a servicios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los casos permitidos por la ley (Sentencia C-355 de 2006)



CAPÍTULO 2

EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA:

ESTRATEGIAS GLOBALES Y NACIONALES PARA SU PREVENCIÓN





CUANDO UNA NIÑA QUEDA EMBARAZADA, SU PRESENTE Y SU FUTURO CAMBIAN RADICALMENTE, Y RARA VEZ PARA BIEN. PUEDE TERMINAR SU EDUCACIÓN, SE DESVANECEN SUS PERSPECTIVAS DE TRABAJO Y SE MULTIPLICA SU VULNERABILIDAD FRENTE A LA POBREZA, LA EXCLUSIÓN Y LA DEPENDENCIA. DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS, UNA NIÑA QUE QUEDA EMBARAZADA, INDEPENDIEMENTE DE LAS CIRCUNSTANCIAS O RAZONES, ES UNA NIÑA CUYOS DERECHOS QUEDAN MENOSCABADOS. SU SALUD ESTÁ EN PELIGRO, SU EDUCACIÓN Y PERSPECTIVAS DE TRABAJO TERMINAN ABRUPTAMENTE Y SU VULNERABILIDAD A LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SE MULTIPLICAN. ADEMÁS, EL EMBARAZO ANTES DE QUE UNA NIÑA ESTÉ PREPARADA SEA FÍSICA, EVOLUTIVA O SOCIALMENTE, PONE EN PELIGRO SU VIDA Y SU DERECHO A UNA TRANSICIÓN SEGURA Y EXITOSA A LA ADULTEZ.



Dr. Babatunde Osotimehin, Director ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (Enero 2011 – junio 2017) (QEDP).

En Colombia, la estrategia de prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia realiza un trabajo intersectorial a nivel territorial para afectar los determinantes sociales del embarazo temprano por medio de las siguientes acciones: educación integral para la sexualidad; transformación de imaginarios, creencias y prácticas relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, el género y los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA); promoción de las expresiones culturales, la actividad física y el uso del tiempo libre en las comunidades; acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad, y generación de condiciones para el desarrollo integral y la proyección social de los NNA desde el Estado, la sociedad civil y las familias.

La gobernanza multinivel es la estrategia, por excelencia, para modificar los determinantes sociales de la salud relacionados con el embarazo en la infancia y en la adolescencia. Entre estos determinantes se encuentran el matrimonio y las uniones tempranas; el embarazo antes de los 20 años; el acceso a métodos anticonceptivos; las relaciones sexuales bajo coacción; los abortos inseguros y el acceso a la atención diferencial con calidad y calidez en los servicios de salud. Lo anterior, demanda de las entidades territoriales de salud (departamentos y municipios), las entidades administradoras de planes de beneficio y las instituciones prestadoras de servicios de salud, la gestión, coordinación y articulación sectorial e intersectorial, en particular, con el sistema educativo y de protección.

Las estrategias presentadas a continuación hacen parte de una serie de propuestas realizadas por expertos, las cuales mostraron una efectividad alta en la prevención del embarazo adolescente. Se basan principalmente en el trabajo con todos los sectores de la población con enfoque de desarrollo basado en derechos humanos, de género, curso de vida y, sobre todo, de la participación activa de los y las adolescentes en el proceso.⁶

⁶ Para mayor información consultar <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumen-estrategia-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>

1. LIMITAR EL MATRIMONIO Y LAS UNIONES ANTES DE LOS 18 AÑOS

Desarrollando estrategias que apunten a:

- Prohibir el matrimonio y las uniones tempranas.
- Informar y empoderar a las niñas para el ejercicio pleno de sus derechos.
- Mantener a las niñas en la escuela.
- Brindar educación sexual integral en el entorno educativo.
- Incidir sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio y las uniones tempranas.
- Desarrollar capacidades de las familias y cuidadores primarios orientadas a prevenir cualquier tipo de violencias, el embarazo y las uniones tempranas.

2. CREAR CONDICIONES DE APOYO PARA REDUCIR LOS EMBARAZOS ANTES DE LOS 20 AÑOS

Implementando acciones encaminadas a:

- Iniciar la educación sexual integral desde la primera infancia.
- Desarrollar programas de prevención del embarazo en niñas y adolescentes.
- Fortalecer la educación sexual integral, la consejería y el acceso a métodos anticonceptivos, especialmente a métodos de larga duración (DIU, implantes sub-dérmicos).
- Desarrollar capacidades en las comunidades para cuidar y proteger a niñas, niños y adolescentes del embarazo temprano.
- Promover y apoyar la participación de los adolescentes y jóvenes en grupos organizados de la comunidad.

3. AUMENTAR EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

Por medio de acciones como:

- Asegurar el acceso efectivo a todos los métodos anticonceptivos incluidos en el plan de beneficios de salud.
- Desarrollar estrategias lúdico-pedagógicas para que los adolescentes conozcan y tomen decisiones sobre el uso de los métodos anticonceptivos, con énfasis en los de larga duración.
- Implementar servicios de salud diferenciales para adolescentes y jóvenes.
- Respetar en estricta confidencialidad las demandas que en derechos sexuales y derechos reproductivos, realizan los adolescentes en los servicios de salud.
- Fortalecer las redes de apoyo comunitario que coadyuven en el acceso efectivo a métodos anticonceptivos.

4. REDUCIR LAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Enfocando las acciones a:

- Trasformar las normas sociales que naturalizan las relaciones sexuales no consensuadas.
- Desarrollar capacidades en madres, padres, maestros y cuidadores primarios para identificar, prevenir y actuar frente a las diferentes formas de violencia basada en género, que enfrentan las niñas y adolescentes.
- Empoderar a las niñas y adolescentes para que se resistan a las relaciones sexuales bajo cualquier tipo de imposición o presión.
- Cuestionar con los hombres y las mujeres las normas sociales sobre las relaciones de género.
- Disminuir la impunidad frente a las violencias basadas en género, especialmente, frente a la violencia sexual.

5. REDUCIR LOS ABORTOS INSEGUROS

Lo cual implica:

- Educar y asegurar el acceso efectivo a métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en los de larga duración, como la mejor opción para evitar los abortos inseguros.
- Informar a las adolescentes acerca de los riesgos de abortos inseguros.
- Aumentar la comprensión de la comunidad sobre los peligros del aborto inseguro.
- Divulgar entre las adolescentes y jóvenes la sentencia C-355 del 2016 sobre el acceso al aborto seguro.
- Habilitar servicios de salud seguros para la práctica de aborto y pos-aborto para las adolescentes en cumplimiento de la sentencia C-355.
- Informar a las adolescentes sobre los lugares en donde pueden acceder a servicios de aborto seguro, cumpliendo con la ley.
- Identificar y eliminar las barreras a los servicios de aborto seguro.
- Suministrar anticoncepción inmediata en el posaborto.

6. AUMENTAR LA ATENCIÓN CALIFICADA PRENATAL, DEL PARTO Y POSPARTO:

Lo cual implica:

- Fortalecer las capacidades técnicas del equipo de salud para la captación temprana y la búsqueda activa de la gestante, así como para la atención prenatal, del parto y del posparto con altos estándares de calidad y calidez.
- Disponer de servicios de salud habilitados y diferenciados para la atención prenatal, del parto y del posparto.
- Asegurar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto.
- Ampliar el acceso a la atención de emergencia obstétrica básica e integral.
- Asegurar la anticoncepción en el posparto inmediato.
- Desarrollar capacidades en las familias y comunidades para la búsqueda activa de las gestantes, la identificación de signos de alarma y las rutas definidas por la comunidad para el acceso oportuno de las gestantes a los servicios de salud.
- Empoderar a adolescentes y jóvenes, y a la comunidad en general, sobre la importancia del acceso efectivo a la atención calificada antes, durante y después del parto.⁷

ESTRATEGIA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ÉNFASIS EN PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2015-2025.⁸

Es una respuesta programática que integra un conjunto de decisiones políticas y acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo integral con énfasis en la prevención y reducción del embarazo de niñas y adolescentes.

Implementa seis (6) componentes intersectoriales y cuatro (4) líneas transversales de acción - comunicación y movilización social, gestión e incidencia política, participación efectiva de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y gestión del conocimiento.

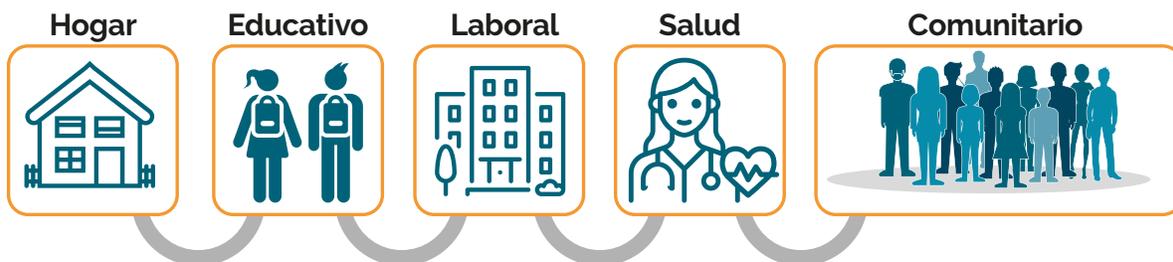
⁷ **ADAPTADO DE:** "Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy" Published by the United Nations Population Fund UNFPA, 2015, New York, USA.

⁸ <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumen-estrategia-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>

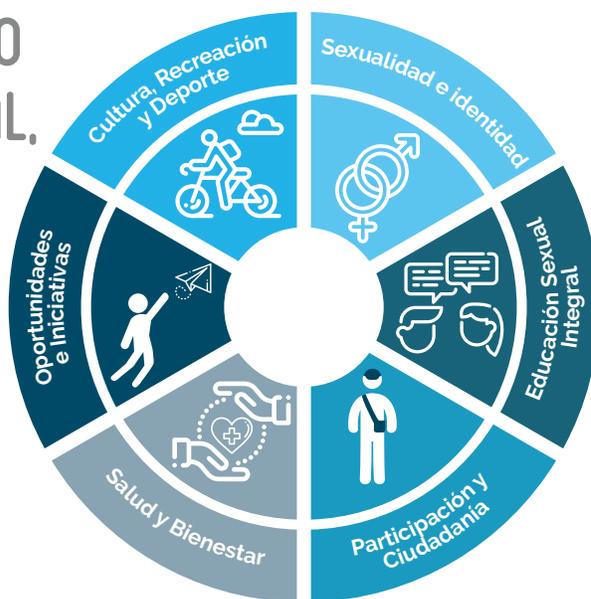
ORIENTADA A PROMOVER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MEDIANTE:



ENTORNOS SIGNIFICATIVOS PARA DEFINIR ACCIONES:



▶ PARA PASAR DEL DISCURSO A LA ACCIÓN INTERSECTORIAL, SE PROPONEN SEIS COMPONENTES ESTRATÉGICOS POR SU CARÁCTER TRANSVERSAL⁹



Sexualidad, cuerpo e identidad:

1 Orientado a Identificar, transformar y promover imaginarios, creencias y prácticas frente al cuerpo, la sexualidad y los derechos en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, a través del reconocimiento y valoración del propio cuerpo, la promoción del cuidado de sí y el cuidado de los otros como prácticas sociales permanentes.

Educación para la sexualidad a mi medida - Educación y formación:

2 Pretende promover en los establecimientos educativos, proyectos y herramientas pedagógicas para desarrollar procesos de educación para la sexualidad, desde un enfoque integral, en el marco de proyectos pedagógicos transversales que estén articulados entre sí y sean pertinentes a la realidad del contexto, así como al momento y edad de los/las estudiantes.

Mi sexualidad, mi decisión - Participación y ciudadanía:

3 Implica el reconocimiento del proceso de cada quién, teniendo en cuenta que el desarrollo de la autonomía de las personas se va consolidando a lo largo de la vida, permitiéndoles así que, desde el ejercicio de la libertad, decidan sobre su ser y su sexualidad.

Cultura, recreación y deporte:

4 Promueve en las comunidades la identificación de expresiones culturales, de actividad física y uso de tiempo libre como espacios alternativos de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Disfruto mi sexualidad al derecho - Salud y bienestar:

5 Busca promover entornos de vida saludable en niños, niñas y adolescentes que faciliten el disfrute de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos como condición inherente al desarrollo integral y al completo bienestar.

Mi vida con proyectos - Oportunidades e iniciativas:

6 Pretende generar condiciones territoriales desde el Estado, la sociedad civil y las familias, para que los niños, niñas y adolescentes fortalezcan su capacidad de soñar, de amar, de crear y de construir proyectos que potencien varias formas de vivir la vida, que contribuyan al desarrollo de la autonomía y a su proyección social.

⁹ Estrategia de atención integral para niños, niñas y adolescentes. Con énfasis en prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia 2015-2025. En: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumen-estrategia-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>

CAPÍTULO 3

DERECHO A LA ANTICONCEPCIÓN: AUTONOMÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DERECHO A LA
ANTICONCEPCIÓN





LA ANTICONCEPCIÓN ES UN DERECHO SEXUAL Y REPRODUCTIVO QUE PERMITE LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES PARA DECIDIR SI DESEAN O NO QUEDAR EMBARAZADAS, O SI DESEAN APLAZAR UN EMBARAZO PORQUE CONSIDERAN QUE NO ES EL MOMENTO ADECUADO.



La guía rápida para la atención en anticoncepción junto con los criterios médicos de elegibilidad, brindarán al personal de salud elementos claros de análisis para orientar a las mujeres sobre las mejores opciones anticonceptivas.

Recuerde que la asesoría en anticoncepción siempre debe realizarse comenzando por los métodos anticonceptivos de larga duración, porque son los más efectivos.

La seguridad y aceptación de los métodos anticonceptivos depende de una buena consejería y de la aplicación correcta de los criterios médicos de elegibilidad que la Organización Mundial de la Salud ¹⁰ definió con las siguientes categorías:

CATEGORÍA 1

Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo

CATEGORÍA 2

Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados.

CATEGORÍA 3

Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método.

CATEGORÍA 4

Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa.

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplaze el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

El mejor método anticonceptivo será el que resulte de una verdadera elección **informada y basada en evidencia científica**; por lo tanto, se debe garantizar que las personas, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas.

¹⁰ Tomado de la Organización Mundial de la Salud. "Criterios de elegibilidad y recomendaciones de práctica seleccionadas para el uso de anticonceptivos". Tercera edición, 2016. Estos criterios hacen parte de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el tema de la atención para la planificación familiar y la anticoncepción. Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 183

GUÍA RÁPIDA PARA LA ATENCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

MÉTODOS/OPCIONES	Icono	Porcentaje de efectividad con uso típico	Cuánto tiempo dura?	¿Cómo se debe empezar?	Mecanismo de acción	Posibles cambios en el sangrado menstrual	Procedimientos requeridos para el inicio	Tiempo de retorno a la fertilidad	Beneficios del uso de métodos anticonceptivos
DIU T de Cu ¹¹		99%	Hasta 12 años	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En el post-parto inmediato durante las primeras 48 horas.	Crea una barrera que evita que los óvulos y espermatozoides se junten.	Períodos con sangrado intenso que vuelven en la normalidad de 3 a 6 meses.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, luego de la remoción.	Puede mantenerse en privado. Se puede usar como anticonceptivo de emergencia.
DIU Hormonal		99%	De 3 a 5 años	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Se puede usar en el postparto inmediato, no afecta la lactancia materna.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Período irregular, leve o inexistente.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Puede mantenerse en privado. Se puede usar como anticonceptivo de emergencia.
Implante subdérmico de progesterona		99%	Hasta 5 años	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En el postparto se sugiere iniciar luego de 6 semanas de posparto.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Período no frecuente, irregular, extendido o inexistente.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Puede mantenerse en privado. Mejora los cólicos menstruales.
Inyección trimestral		94%	Tres meses	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En el postparto se sugiere iniciar luego de 6 semanas de posparto.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Período irregular escaso o inexistente.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Puede mantenerse en privado. Mejora los cólicos menstruales.
Inyección mensual		94%	Un mes	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No se debe usar durante la lactancia materna.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Período irregular escaso o inexistente.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, luego de la remoción.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede generar períodos más cortos y leves.
Anillo vaginal		91%	Hasta 1 mes	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No se debe usar durante la lactancia materna.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Períodos más cortos y predecibles.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, luego de la remoción.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede generar períodos más cortos y leves.
Parche transdérmico		91%	Hasta una semana	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No se debe usar durante la lactancia materna.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Períodos más cortos y predecibles.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, luego de suspender la ingesta de pastillas.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede evitar períodos intensos, cólicos y acné.
Pastillas combinadas		91%	Un día	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No se debe usar durante la lactancia materna.	Inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Períodos más cortos y predecibles.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato, luego de suspender la ingesta de pastillas.	Ayuda a controlar el ciclo menstrual y puede evitar períodos intensos, cólicos y acné.
Condón		82%	Un encuentro sexual	En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No se debe usar durante la lactancia materna.	Genera barrera para el paso de espermatozoides.	Ninguno.	Examen pélvico. Bimanual y especuloscopia.	Inmediato. No se requiere ninguna acción.	Protege contra las infecciones de transmisión sexual, si es utilizado adecuadamente y consistentemente.

- Estos métodos anticonceptivos no previenen infecciones de transmisión sexual; por lo tanto, para prevenirlas, siempre debe usarse condón masculino o femenino en cada relación sexual.
- Todos los métodos excepto el DIU hormonal, el anillo vaginal y el parche transdérmico están incluidos en el plan de beneficios de salud de Colombia.

Adaptado para Colombia del estudio Choice CDC de Atlanta (tarjeta para consejería del paciente). La información utilizada en esta herramienta fue obtenida de las principales instituciones de salud pública.

¹¹Dispositivo Intra-Uterino T de Cobre

EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA



La anticoncepción de emergencia (AE), puede usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después de una relación sexual, en los siguientes casos: a) cuando, por cualquier razón, no se utilizó un método anticonceptivo, b) por fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), c) violación o sexo forzado.

Los servicios de salud están obligados a entregar estos anticonceptivos en una consulta prioritaria. Posterior al uso de anticonceptivo de emergencia, es recomendable el inicio de un método anticonceptivo moderno, para mayor efectividad anticonceptiva.

(Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social)

ELEGIBILIDAD MÉDICA



Aunque la totalidad de métodos anticonceptivos son seguros, no todos son adecuados para todas las mujeres. Se requiere realizar una consulta y revisión del historial médico para escoger el anticonceptivo acorde a las preferencias de la usuaria y la aplicación de los criterios médicos de elegibilidad vigentes.

ANTICONCEPCIÓN DEFINITIVA



Los requisitos para la anticoncepción definitiva (tubectomía y vasectomía) en Colombia son, ser mayor de 18 años y firmar el consentimiento informado (Ley 1412 de 2010).

DOBLE PROTECCIÓN



La doble protección hace referencia a la prevención de las infecciones de transmisión sexual ITS y los embarazos no deseados. Se puede dar bajo dos modalidades: a) la utilización de dos métodos complementarios, el uso de un método anticonceptivo y del condón masculino o femenino, que opera como barrera frente a una infección por una ITS o VIH, b) la utilización de forma correcta y consistente ya sea del condón masculino o del femenino, evitan tanto la adquisición de infecciones de transmisión sexual -ITS- como los embarazos no deseados.¹²

ANTICONCEPCIÓN POSEVENTO OBSTETRICO



Antes del alta hospitalaria, a toda mujer en posparto o posaborto, es obligatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo que elija.

Las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétrico.

Los métodos recomendados son :

1. Inserción de Dispositivo intrauterino T de cobre (DIU)
2. Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.
3. Aplicación de implante subdérmico de progestina.
4. Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona

Para mayor información consultar resolución 3280 de agosto de 2018 de MSPS ruta materno perinatal y www.repositoriominsalud.gov.co.

¹² Tomado de: Guía de uso del condón femenino. UNFPA 2014

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de 2106 de la OMS: cuadro de referencia rápida para las categorías 3 y 4
 para empezar a usar o seguir usando anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), implantes solo de progestágeno, dispositivos intrauterinos de cobre (DIU Cu), el sistema intrauterino de levonorgestrel (DIU hormonal)

CONDICIÓN/ PROBLEMA DE SALUD	Condición/Problema de salud secundarios	AOC	AMPD	Implantes	DIU Cu	DIU hormonal
Embarazo		NC	NC	NC		
Lactancia materna	Menos de 6 semanas de posparto ≥ 6 semanas a < 6 meses de posparto ≥ 6 meses de posparto					
Posparto sin amamantar TEV = tromboembolismo venoso	< 21 días < 21 días con otros factores de riesgo de TEV* ≥ 21 a 42 días con otros factores de riesgo de TEV*					
Posparto (momento adecuado para la colocación)	Septicemia puerperal	Consultar I	Consultar I	Consultar I		
Posaborto (luego de una septicemia inmediata)						
Tabaquismo	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día					
Varios factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares						
Hipertensión PA = presión arterial	Antecedentes de (donde la PA no puede evaluarse) La PA está controlada y puede evaluarse PA elevada (sistólica 140-159 o diastólica 90-99) PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100) Enfermedades vasculares					
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Antecedentes de TVP/EP TVP/EP aguda TVP/EP, tratada con anticoagulantes Cirugía mayor con inmovilización prolongada					
Mutaciones trombogénicas detectadas						
Cardiopatía isquémica (en curso o antecedentes de)						
Apoplejía (antecedentes de)						
Valvulopatía complicada						
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no detectados Trombocitopenia grave					

Este cuadro muestra una lista completa de todas las condiciones y problemas de salud clasificados como Categoría 3 y 4 por la OMS. Las características, las condiciones/los problemas de salud o la elección del momento adecuado que se clasifican como Categoría 1 o 2 para todos los métodos no están incluidos en este cuadro (p. ej., menarquia a < 18 años, nuliparidad, obesidad, alto riesgo de contraer VIH o infección por VIH, < 48 horas y más de 4 semanas de posparto).

- I/C** Iniciación/Continuación: Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, según esté iniciando o continuando el uso de un método. Donde no se ha marcado I/C, la categoría es la misma para la iniciación y para la continuación.
- NC** No corresponde: Las mujeres embarazadas no necesitan ningún método anticonceptivo. Si estos métodos se empiezan a usar accidentalmente no se produce ningún daño.
- i** Las características, las condiciones/los problemas de salud o la elección del momento adecuado no son pertinentes para determinar la idoneidad del método.
- ii** Las mujeres que usen métodos que no sean el DIU pueden usarlos aunque tengan alguna enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA, o aunque tomen medicamentos antirretrovíricos.
- *** Otros factores de riesgo de TEV son: TEV previa, trombofilia, inmovilidad, transfusiones en el parto, IMC > 30 kg/m², hemorragia posparto, parto inmediatamente posterior a la cesárea, preeclampsia y tabaquismo.
- **** Los anticonvulsivos comprenden: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina y lamotrigina. La lamotrigina es categoría 1 para los implantes.

Luego de que la mujer ha escogido un método anticonceptivo y se han aplicado los criterios médicos de elegibilidad, es necesario descartar que la mujer esté en gestación. Utilice la siguiente guía para identificar la posibilidad de un embarazo en la usuaria que iniciará el método anticonceptivo¹³:

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación normal.
- Ha utilizado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Está dentro de los primeros 7 días después de la menstruación.
- Está dentro de las primeras 4 semanas post parto (mujeres no lactantes).
- Está dentro de los primeros 7 días después del aborto o aborto espontáneo.
- Está amamantando total o casi completamente, está en periodo de amenorrea, y en los primeros 6 meses de postparto.

Si la mujer cumple por lo menos uno de los criterios mencionados anteriormente y está libre de signos o síntomas de embarazo, suministre el método seleccionado en cualquier momento del ciclo menstrual teniendo en cuenta los criterios de inicio de cada método. Si no se puede descartar el embarazo, se recomienda esperar su menstruación o hacer una prueba de embarazo. (En caso de requerir prueba de embarazo, se recomienda la práctica de prueba de manera inmediata, la cual debe estar disponible en la consulta).

▶ CUADRO DE PERIODICIDAD DE CONTROLES SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO¹⁴

MÉTODO

PERIODICIDAD

Naturales	Cada año.
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses postparto.
Hormonales	A los tres meses y luego cada año.
Implante subdérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año.
DIU intervalo	Al mes, a los seis meses y luego cada año.
DIU intracésarea o postparto inmediato	En la consulta del puerperio, al tercer mes postparto, y luego cada año.
DIU postaborto	Al mes, a los tres meses y luego cada año.
Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por dos años
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año.

NOTA:

Se recomiendan estos intervalos de tiempo para los controles; sin embargo, las visitas podrán realizarse cuando la usuaria o el profesional de la salud lo estimen conveniente. En estas visitas, se debe hacer una valoración de la satisfacción con el método, los efectos secundarios y su manejo.

¹³ Tomado de Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 192.

¹⁴ Tomado de Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 193.



CAPÍTULO 4

DERECHO A LA MATERNIDAD SEGURA: CLAVES PARA SU GARANTÍA





LAS MUJERES GESTANTES TIENEN DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN SU SALUD Y SU VIDA.

NINGUNA MUJER DEBERÍA MORIR COMO CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES PREVENIBLES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO.



Esta sección describe las acciones e intervenciones necesarias para que profesionales de la salud realicen una atención integral a las mujeres gestantes y a sus familias, de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia. Abarca desde la atención preconcepcional, la atención prenatal, la preparación para la maternidad y la paternidad, y el plan de parto.

Para esto es necesario reconocer a todas las mujeres en edad fértil, como sujetos de derechos en la atención en salud. Esta atención debe ser prestada sin discriminación y sin incurrir en violencias, siendo la mujer el centro de la prestación de los servicios.

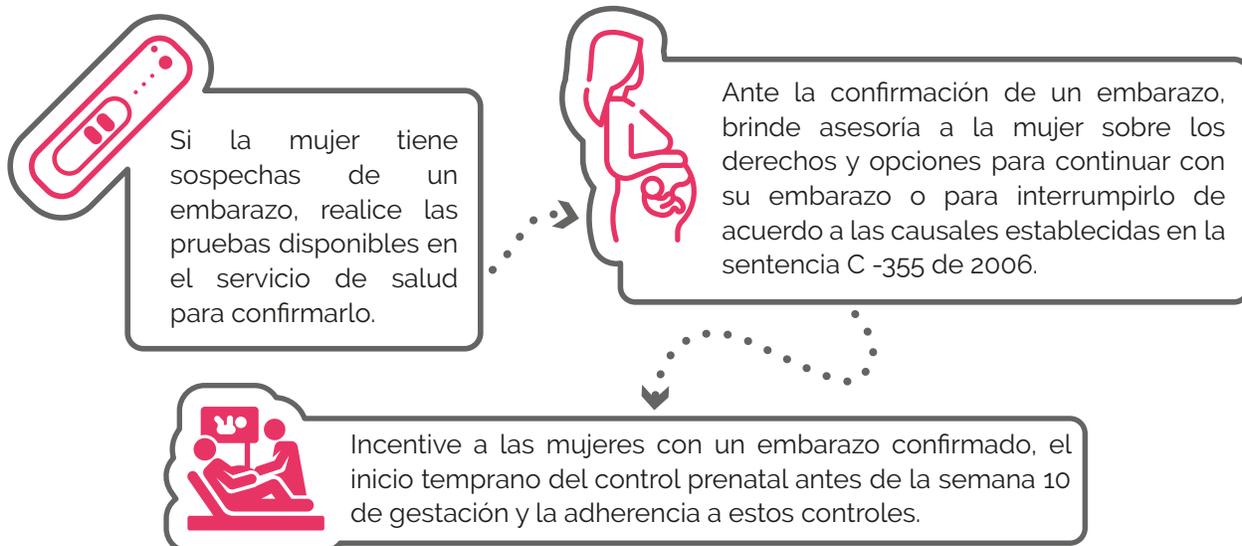
▶ **LA PRIMERA CLAVE PARA LA GARANTÍA DE UNA MATERNIDAD SEGURA ES A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL. TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES PAUTAS PARA IDENTIFICAR A LAS MUJERES QUE LA REQUIEREN DENTRO DEL SERVICIO DE SALUD:**



Identifique en el servicio de salud a las mujeres en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo siendo considerado un (1) año el tiempo razonable para la preparación.



Proporcione información y educación sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, promoción de la salud en la mujer e identificación de riesgos biológicos y psicosociales y procesos de cuidado antes de la concepción y dirija a la mujer hacia la atención preconcepcional.

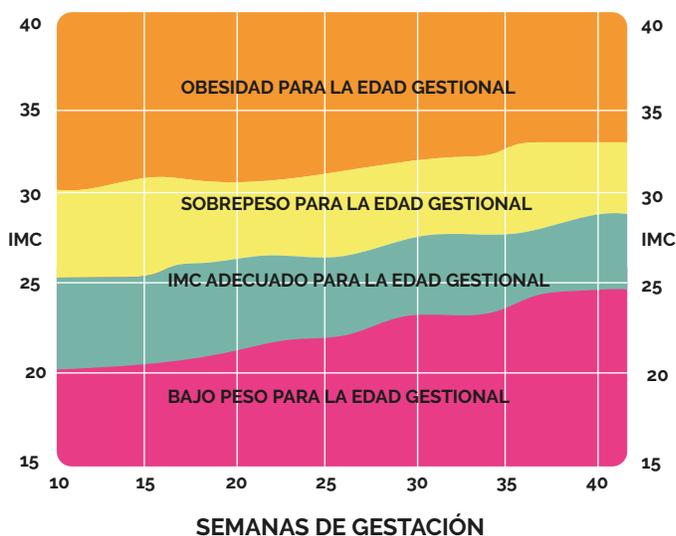


La siguiente lista de chequeo le permitirá verificar todas las atenciones necesarias para un abordaje integral en salud de la mujer gestante y su familia, con el fin de lograr un control prenatal efectivo y humanizado:

ATENCIÓN DURANTE EL CONTROL PRENATAL:	SÍ	NO
1- ¿Se brindó privacidad y confidencialidad durante la consulta?		
2- ¿Se favoreció el ingreso de una persona significativa para la gestante?		
3- ¿Los procedimientos fueron explicados de manera clara y se contó con el consentimiento de la gestante para realizarlos?		
4- ¿Se realizó el examen físico completo según la edad gestacional?		
5- ¿Se realizó calificación del riesgo obstétrico y psicosocial?		
6- ¿Se realizó intervención integral de acuerdo con los riesgos identificados?		
7- ¿Se realizó tamizaje para identificar las Violencias Basadas en Género?		
8- ¿Se solicitaron todos los exámenes paraclínicos, así como ecografías según la norma, se interpretaron, se registraron en la historia clínica y se hicieron las intervenciones de acuerdo a los hallazgos?		
9- ¿Se verificó el esquema de vacunación y se canalizó según necesidad?		
10- ¿Se realizaron las remisiones necesarias y se explicó la manera para tramitar las autorizaciones?		
11- ¿Se brindó la información necesaria sobre los cuidados durante la gestación de acuerdo a lo identificado en cada consulta?		
12- ¿Se brindó educación sobre los signos de alarma de acuerdo a la edad gestacional y aquellos en los que se debe acudir a urgencias?		
13- ¿Se verificó la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, asesoría en lactancia materna y anticoncepción, así como otras intervenciones e interconsultas solicitadas con anterioridad?		
14- ¿Se brindó información sobre el plan de parto y postparto?		
15- ¿Se diligenció el carnet materno, se felicitó a la paciente por asistir al control y se recordó la fecha de la próxima cita?		

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y GANANCIA DE PESO MATERNO (ATALAH)

Una clave fundamental para el éxito del control prenatal es realizar la valoración de las medidas antropométricas de peso, talla (primer control prenatal) y altura uterina con el fin de establecer la ganancia de peso durante la gestación a través del índice de masa corporal vs. edad gestacional (curva de Atalah), lo que permite identificar posibles alteraciones, facilitar la toma de decisiones y disminuir posibles complicaciones en el binomio madre e hijo.



La curva de ganancia de peso (Atalah) durante la gestación se debe diligenciar en cada visita de la gestante al control prenatal teniendo en cuenta las metas de ganancia de peso.

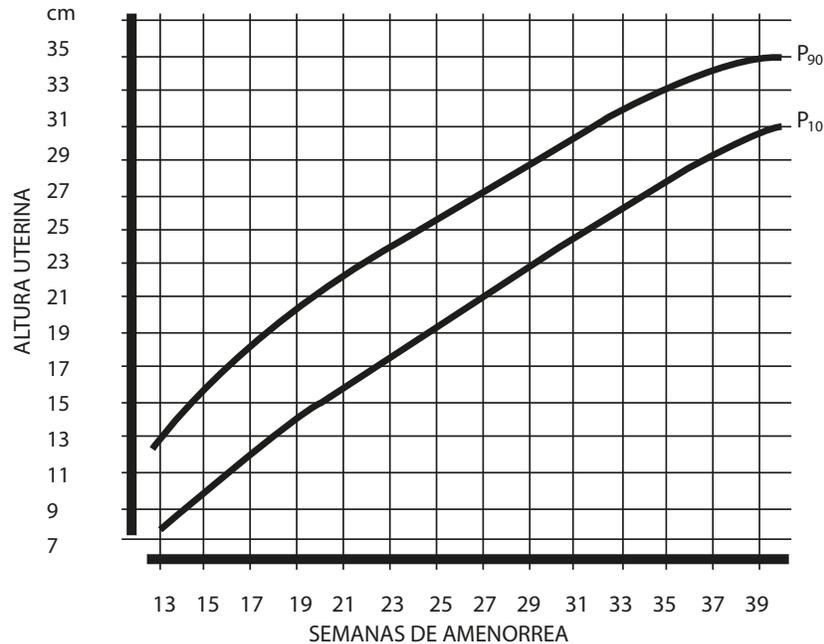
Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base a este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a los siguientes parámetros:

IMC	GANANCIA
< 20 Kg/m ²	12 a 18 Kg
20 - 24,9 Kg/m ²	10 a 13 Kg
25 - 29,9 Kg/m ²	7 a 10 Kg
> 30 Kg/m ²	6 a 7 Kg

Fuente: RSL 3280/18 Ruta materno perinatal.

Fuente: la gráfica es del Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016. Adaptada de: Atalah E, Castillo C, Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional del embarazo. Rev Med de Chile 1997; 125: 1429 - 36.

CONSULTA PRENATAL INCREMENTO DE ALTURA UTERINA



Altura uterina en función de edad gestacional

La altura uterina corresponde a la distancia entre la sínfisis púbica y el fondo uterino, ambos determinados por palpación. Se realiza para vigilar el crecimiento fetal y actuar cuando se detecta un crecimiento anormal.

Fuente: Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, et al. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de autoinstrucción. OMS y CLAP, 2011. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guia.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf

La valoración e intervención de riesgo es una acción que debe realizarse en todos los controles prenatales. Especialmente durante la primera visita, se deben evaluar de forma exhaustiva los antecedentes obstétricos y las condiciones asociadas para identificar los riesgos inherentes al inicio de la gestación. En los siguientes controles los profesionales que brinden atención a la mujer deben evaluar e intervenir de forma dinámica los riesgos identificados en el embarazo actual, incluidos los riesgos psicosociales.

A continuación, se sugiere la siguiente guía para la evaluación del riesgo biopsicosocial, adaptada del modelo de Herrera y Hurtado.

Esta escala debe ser aplicada en cada trimestre de la gestación. De igual manera se recomienda la valoración del riesgo psicosocial en cada consulta.

GUÍA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO BIO-PSICOSOCIAL: ESCALA HERRERA HURTADO ¹⁵⁻¹⁶

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CONDICIONES ASOCIADAS	EMBARAZO ACTUAL
<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16 1 • De 18 a 35 0 • Mayor de 35 2 <p>Nº de partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 1 • De 1 a 4 0 • 5 o más 2 <p>Parto pretérmino abortos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 aborto o parto pretérmino 1 • 2 o más abortos 2 <p>Hijo (a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 4kg 1 • Menor de 2,5kg 1 <ul style="list-style-type: none"> • Infertilidad 1 • Hemorragia postparto 1 • HIE o HTA 2 • Cicatriz uterina o 1 cesárea 1 • Más de 1 cesárea 3 • Parto instrumentado 2 • Más de 1 parto pretérmino 3 • Muerte fetal o neonatal previa 2 • Antecedente familiar preeclampsia 1 • Tabaquismo 1 • Otras Patologías obstétricas (Diabetes gestacional, isoimmunización, otras) 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ginecológica previa 1 • Enfermedad renal crónica 3 • Diabetes melitus / Diabetes gestacional 2 • Enfermedad cardíaca 3 • Epilepsia 3 <p>Otros trastornos médicos importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoinmunes 3 • Tromboembólicos 3 • Asma 1 • Oncológicos 3 <ul style="list-style-type: none"> • Masa pélvica 1 • Consumo drogas, alcohol, tabaquismo 2 • Hipo / hipertiroidismo 2 • ITS 2 • HIV 3 • IVU recurrente o antecedentes de pielonefritis 3 • Mujer en condición de vulnerabilidad 2 <p><i>(desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, mujer privada de la libertad, en condición de discapacidad, difícil acceso geográfico, condición étnica, entre otros)</i></p>	<p>Primera consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la semana 12 0 • 12 a 28 semanas 1 • Después de la semana 28 2 <p>Valoración nutricional (ATALAH)</p> <ul style="list-style-type: none"> • E 2 • S 1 • O 2 <ul style="list-style-type: none"> • Anemia Hb menor de 10 gr/dl 1 • Embarazo post-fechaado 1 • Trastorno hipertensivo 3 • RPM a término 1 • RPM pretérmino 3 • Polihidramnios/ Oligohidramnios 3 • Restricción crecimiento intrauterino 3 • Feto pequeño para la edad gestacional 2 • Embarazo múltiple 3 • Presentación anómala/anormalidad forma uterina 3 • Isoimmunización 3 • Amenaza parto prematuro 1 • Torch 3 • Hemorragia < 20 semanas 1 • Hemorragia > 20 semanas 3 • Riesgo biopsicosocial 1 • Soporte familiar 1
Total Columna <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Total Columna <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Total Columna <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL (Suma de las 3 columnas) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	RIESGO BAJO (0 a 2)	RIESGO ALTO >= (3)

¹⁵ **HIE:** Encefalopatía- hipóxico Isquémica
HTA: Hipertensión arterial
ITS: Infección de transmisión sexual

VIH: Virus inmuno-deficiencia humana
IVU: Infección de vías urinarias
E: Enflaquecida

S: Sobrepeso
O: Obesidad
RPM: Ruptura prematura de membranas

¹⁶ Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Fam Pract Res J 1992; 12: 391-399. Adaptación Resolución 3280, de 2018 (RIA materno perinatal) del MSPS. En: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atención-en-salud.aspx>

RIESGO PSICOSOCIAL						
TENSIÓN EMOCIONAL	Llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, no poder quedarse quieta	AUSENTE	INTENSO			2 o MÁS ÍTEMS INTENSOS= 1
HUMOR DEPRESIVO	Insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempo, depresión, mal genio	AUSENTE	INTENSO			
SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS	Transpiración manos, boca seca, accesos de rubor, palidez, cefalea de tensión.	AUSENTE	INTENSO			
SOPORTE FAMILIAR Satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o compañero		EL TIEMPO	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	2 o MÁS ÍTEMS INTENSOS= 1
		EL ESPACIO	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	
		EL DINERO	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	

Fuente: Adaptado de Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. JA Herrera - Colombia médica, 2002 colombiamedica.univalle.edu.co

Acciones a seguir según el riesgo evaluado

Se debe hacer la suma total de los factores de riesgo evaluados y clasificar el riesgo en dos resultados:

- **Bajo riesgo con puntaje de 0 a 2:** puede ser atendido por el equipo de salud con participación del médico general. El parto se puede atender en primer nivel.
- **Alto riesgo con puntaje de 3:** debe ser atendido con la participación de ginecobstetra y demás equipos interdisciplinarios requeridos en un segundo nivel de atención.

Recuerde organizar dentro de la institución de salud el curso de maternidad y paternidad de la siguiente manera:

- Primer trimestre: una sesión antes de la semana 14.
- Segundo trimestre: tres sesiones.
- Tercer trimestre: tres sesiones.

Las sesiones serán entre 60 y 90 minutos y los contenidos deben tener un enfoque étnico y diferencial de acuerdo con la población del territorio.

FORMULACIÓN DE MICRONUTRIENTES

MICRONUTRIENTE	DOSIS	SEMANA	OBJETIVO
ÁCIDO FÓLICO	0.4 mg. 4 mg (en alto riesgo)	Hasta la semana 12	Reduce riesgo de defectos del tubo neural
CALCIO	1200 mg/día	Desde la Semana 14	Reduce el riesgo de Pre-eclampsia
HIERRO		De forma rutinaria (excepto mujeres con Hb > 14 g/dL)	Disminución riesgo de anemia

VACUNACIÓN

TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO DEL ADULTO	Según antecedente de vacunas
INFLUENZA ESTACIONAL	A partir de la semana 14 de gestación
TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA (Tdap)	A partir de la semana 26 de gestación

SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLÍNICOS¹⁷

Urocultivo (A gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática)

Prueba de inmunoglobulina (Ir) M para toxoplasma (Tamizar mensualmente para gestantes seronegativas)

IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva (si la gestación es >16 semanas). Si la gestación es < 16 semanas realizar prueba de avidéz

Prueba rápida para VIH (VIH1- VIH2) Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH

Prueba **treponémica** rápida para sífilis (para gestantes con prueba inicial negativa)

En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba **no treponémica (VDRL o RPR)**

Prueba de **tolerancia oral a la glucosa (PTOG)** con 75 gr de glucosa. Entre la semana 24 y 28

Hemograma semana 28 de gestación Gota mensual para tamización de malaria (en zonas endémicas)

Tamización de Estreptococo beta hemolítico (Grupo B) con cultivo rectal y vaginal. Entre las semanas 35 y la 37

Ecografía obstétrica entre las semanas 10+6 y 13+6 para edad gestacional, detección de embarazos múltiples y detección de malformaciones fetales a través de la translucencia nucal.

Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales Semana 18 – 23+6

Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90

¹⁷ **Tomado de:** Resolución 3280 del 2018 Ruta integral de atención en Salud para la población materno perinatal y Guía de práctica clínica (2013). Ministerio de Salud y protección social Colombia.

EL PLAN DE PARTO: UNA ACTIVIDAD QUE CONTRIBUYE A SALVAR VIDAS!

DISCUSIÓN DEL PLAN DE PARTO



EL PLAN DE PARTO FACILITA LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS GESTANTES, LAS FAMILIAS, LAS/LOS PROFESIONALES Y LAS INSTITUCIONES. ESTA HERRAMIENTA EMPODERA A LA GESTANTE EN LA TOMA DE DECISIONES Y DE IGUAL MANERA PERMITE A LOS PROFESIONALES PLANEAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES.

Tenga en cuenta que el plan de parto se determina de acuerdo a los riesgos de las gestantes, tales como las condiciones socioeconómicas, geográficas y culturales a partir del tercer trimestre. Así mismo, cuando se establezcan la vía del parto y las redes disponibles para el acompañamiento y desplazamiento hacia los servicios de salud. Para establecer la ruta del plan tenga en cuenta lo siguiente¹⁸:

19

1.  Confirmar presentación, posición y situación (maniobras de Leopold).

2.  Informar sobre **signos** para reconocer el inicio del **trabajo de parto**.

3.  Definir con la gestante y persona significativa el **lugar y prestador** para la atención del parto.

4.  Discuta los **aspectos logísticos**, el traslado anticipado de la mujer al municipio, el costo de éste, el alojamiento y los apoyos necesarios durante la ausencia de la mujer en su comunidad.

5.  Se considerará el **traslado anticipado a hogares de espera materna** en casos de gestantes con posibles complicaciones o gestantes en área rural dispersa, para lo cual debe hacerse la coordinación necesaria con la EAPB.

6.  En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiere hacer uso de **médicos tradicionales o parteras**, se deberá dar **información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario** en caso de signos de alarma.

7.  Discutir quien será el o la **acompañante de preferencia** durante el trabajo de parto, el parto y el post-parto.

8.  Discutir preferencias en la **ingesta oral, vestimenta y posición** durante el trabajo de parto.

9.  Discutir la importancia del **pinzamiento tardío de cordón y la entrega de la placenta** a la gestante, sobre todo si la placenta tiene un significado en la cosmovisión de la gestante y su comunidad y otras prácticas significativas de acuerdo a su cultura.

10.  Explicar a la mujer, cuidadores tradicionales y persona significativa los **cuidados postnatales y reconocimiento y acción frente a signos y síntomas de alarma** en el postparto.

¹⁸ Adaptado de la Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada. Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, República del Ecuador. 2011 y de la Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

¹⁹ Para mayor información consulte: Ruta de Atención Materno Perinatal en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

CAPÍTULO 5

DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA





TODAS LAS PERSONAS SON VULNERABLES AL VIH SIN DISTINCIÓN DE PERTENENCIA ÉTNICA, EDAD, IDENTIDAD DE GÉNERO, ORIENTACIÓN SEXUAL O RELIGIÓN. LA DISCRIMINACIÓN Y EL SEÑALAMIENTO INCREMENTAN LA VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS AL VIH. EL VIH/SIDA ES ASUNTO DE TODA LA SOCIEDAD, POR ESO LA UNIÓN DE ESFUERZOS ES IMPRESCINDIBLE PARA SU PREVENCIÓN.



En esta sección se ofrece información clave al personal de salud para orientar a las personas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus formas de transmisión, el diagnóstico, la importancia del tratamiento antirretroviral, cómo el VIH evoluciona al Sida, y fundamentalmente, sobre cómo entender las vulnerabilidades de las personas frente al virus y el abordaje adecuado para lograr la prevención.

Para realizar una orientación sobre el VIH es necesario explicar a las personas acerca de:

▶ ¿QUÉ ES EL VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una partícula infecciosa que debilita el sistema inmunológico, llamado también "sistema de defensa", que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades. El virus es extremadamente débil fuera del cuerpo humano. La exposición a temperaturas altas y a condiciones del medio ambiente tales como el sol, resultan suficientes para que esta partícula pierda todas sus cualidades. El virus no puede penetrar la piel sana, solo ingresa al organismo por unas determinadas "puertas de entrada" a saber: heridas abiertas, mucosas o por el torrente sanguíneo

▶ ¿QUÉ ES EL SIDA?

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que se caracteriza por la manifestación clínica de las infecciones oportunistas que afectan al cuerpo humano debido al bajo nivel de sus células de defensa y al alto nivel de réplicas del VIH en la sangre. No obstante, cabe señalar, que una persona que ha llegado a la etapa de Sida puede regresar a una etapa asintomática si tiene la atención médica adecuada y oportuna, acceso a los medicamentos y si lleva hábitos de vida saludable en cuanto al consumo de alimentos y bebidas, realización de actividad física y soporte emocional de sus redes sociales y familiares.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?²⁰

1. Por relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada:

las relaciones sexuales penetrativas anales y vaginales, sin un adecuado uso del preservativo, son el principal modo de transmisión del VIH, ya que durante la relación sexual los fluidos genitales entran en contacto con las membranas mucosas permeables o semipermeables expuestas (la vagina, la uretra, el glande y la mucosa ano-rectal).

Aunque el riesgo de transmisión del VIH mediante el sexo oral es bajo, puede ser más riesgoso el sexo oral boca con pene, a su vez aumentan ese riesgo factores como eyaculación en la cavidad oral, contacto oral con sangre menstrual, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual y tener encías sangrantes o llagas en la boca, la vagina o el pene (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

2. Por exposición a sangre infectada (parenteral):

la introducción de sangre infectada por el VIH en el torrente sanguíneo constituye la vía con mayor probabilidad de transmisión de este virus. La mayoría de los casos reportados de transmisión sanguínea a nivel mundial ocurren por compartir instrumentos para el consumo de drogas intravenosas (agujas o jeringas) o por transfusiones de sangre o de órganos no examinados previamente para la detección de microorganismos.

3. Por transmisión materno infantil: esta vía de transmisión se da de una mujer que vive con el VIH a su bebé. Se puede producir en tres momentos:

DURANTE EL EMBARAZO

A través de la placenta. Cuanto más alta sea la carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que el o la bebé adquiera el virus.

DURANTE EL PARTO

Por el contacto con sangre y otros fluidos. La mayor parte de las infecciones ocurren en este momento.

DURANTE LA LACTANCIA

El virus puede pasar a través de la leche materna o en el sangrado de los pezones de la madre.

²⁰ Toda mujer gestante debe tener presente la posibilidad de haber estado expuesta a cualquier Infección de Transmisión Sexual (ITS) o al VIH, dado que ha entrado en contacto con fluidos seminales y, por ello, debe practicarse la prueba de laboratorio indicada, previa asesoría y con un seguimiento clínico adecuado. Una mujer que vive con el VIH puede evitar la infección de su bebé si recibe el tratamiento médico adecuado.

▶ ¿POR QUÉ LOS PRESERVATIVOS SON EFICACES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH?

Cuando se usan correctamente y en todas las prácticas sexuales —desde el comienzo hasta su fin—, los condones son el método de barrera de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/Sida. Esto significa emplear un condón por cada práctica, sea esta vaginal, oral o anal. En prácticas penetrativas —sean vaginales o anales— el condón debe usarse desde antes de la penetración cuando el pene está erecto, hasta después de la eyaculación, y retirarse antes de que el pene pierda la erección.

Si la penetración se realiza con algún tipo de juguete, este debe cubrirse con un condón. Si este juguete es utilizado con otra persona, el condón debe cambiarse.

Algunos factores que pueden estar asociados con la ruptura o deslizamiento del condón, incluyen un inadecuado almacenamiento, el vencimiento no advertido, el uso de elementos cortos punzantes para abrir el empaque, falta de lubricación, el uso de lubricantes derivados del petróleo, sustancias grasas, cremas de manos o vaselina.

▶ ¿CÓMO SE REALIZA LA PRUEBA PARA DIAGNOSTICAR EL VIH?²¹

Generalmente se realiza un análisis de sangre que puede hacerse de dos maneras:

1. Prueba rápida: se hace mediante punción en el pulpejo del dedo, del cual se toma una gota de sangre. El resultado se obtiene en 20 minutos aproximadamente.

2. Muestra de sangre tomada y procesada en el laboratorio: la prueba más usada es la ELISA para VIH, la cual tiene una alta sensibilidad, detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección. Estos anticuerpos son detectables unas semanas después de la exposición inicial al virus.

²¹ Para realizar un diagnóstico se requieren por lo menos dos pruebas, una primera prueba presuntiva, que, si es reactiva, se realiza una segunda prueba con la cual se confirma el diagnóstico.

RECUERDE: EL ALGORITMO DIAGNÓSTICO ES LA FORMA EN QUE SE REPRESENTA GRÁFICAMENTE EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO PARA VIH; CONSTITUYE UNA HERRAMIENTA ESENCIAL DURANTE LA ASESORÍA PREVIA A LA PRUEBA PARA EXPLICAR CLARAMENTE EL TIEMPO PARA OBTENER UN RESULTADO FINAL, LOS POSIBLES RESULTADOS Y EL SIGNIFICADO DE CADA UNO. LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS TIENEN ESPECIFICIDADES, SEGÚN SE TRATE DE: HOMBRES Y MUJERES NO GESTANTES MAYORES DE 18 MESES DE EDAD, GESTANTES Y NIÑOS/AS MENORES DE 18 MESES DE EDAD.



Para mayor información consultar <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/PRO-VIH-SIDA-Version-3.-Marzo-2015.pdf>

▶ ¿QUÉ TRATAMIENTOS EXISTEN PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN POR EL VIH?

Los medicamentos para controlar la infección por VIH —conocidos como antirretrovirales (ARV)— no curan la infección; se usan para controlar la reproducción del virus y para detener la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH.

El inicio del tratamiento con ARV es una decisión que toma el o la paciente después de recibir una buena asesoría médica sustentada en exámenes y de la aplicación de protocolos clínicos que analizan los resultados de la carga viral y del conteo de células CD4.

Con tratamiento con ARV, un proceso de recuperación nutricional y el apoyo psicosocial adecuados, el número de células de defensa CD4 vuelve a elevarse al nivel normal y las réplicas del virus en la sangre pueden llegar de nuevo a ser tan bajas que no se logre detectar en los exámenes de laboratorio. A este estado se le denomina "estado indetectable".

► CONDICIONES DE VULNERABILIDAD FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH

Es importante no perder de vista que fenómenos económicos, sociales y culturales como son las condiciones de pobreza, la exclusión social, el estigma, la discriminación por orientación sexual, identidad de género, edad y sexo se encuentran íntimamente relacionados con una mayor susceptibilidad de las personas para adquirir la infección del VIH. Dichas condiciones no necesariamente están bajo el control de las personas.

Algunas de las poblaciones con mayores susceptibilidades (vulnerabilidades) son las relacionadas a continuación:

- **Jóvenes y adolescentes:**

Debido al inicio temprano de relaciones, del proceso de desarrollo de las capacidades para la toma de decisiones y para la negociación de relaciones sexuales protegidas, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el mayor riesgo de violencia sexual, sumados a la falta de reconocimiento de sus DSDR en los diferentes servicios que ofertan atención en SSR.

- **Las mujeres:**

Por desconocimiento del tema, el acceso insuficiente a servicios y la dificultad para negociar relaciones sexuales protegidas en contextos machistas de inequidades de género así como una mayor exposición a la violencia sexual. La vulnerabilidad biológica es también mayor, debido a la probabilidad de infectarse con VIH durante el coito vaginal.

- **Los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres trans:**

Debido a prácticas sexuales desprotegidas, a los altos niveles de estigma y discriminación, a la clandestinidad de las relaciones, y a que tienen mayores barreras de acceso a los sistemas de salud, incluidos los programas de prevención.

- **Las mujeres que ejercen actividades sexuales pagas:**

Por desconocimiento del tema, el acceso insuficiente a servicios y la dificultad para negociar relaciones sexuales protegidas en contextos machistas de inequidades de género; estigma y discriminación por su trabajo; y, exposición a todo tipo de violencia.

Prevención combinada de VIH (e ITS): una de las estrategias para la prevención del VIH es la prevención combinada la cual se define como el desarrollo de programas que se basan en los derechos, la evidencia y la comunidad, con una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, enfocadas en satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades.

Fuente: ONUSIDA. "Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioral and structural strategies to reduce new HIV infections." UNAIDS discussion paper. Ginebra, 2010.

PREVENCIÓN COMBINADA DE VIH ²²



²² Fuente: Adaptado por OMS/OPS Colombia de: OMS/OPS, ONUSIDA, 2017. "Prevención de la infección por VIH bajo la lupa", 2017. OMS 2016: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

NUEVAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

▶ PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)

La profilaxis Pre-exposición (PrEP, por siglas en inglés) es una de las estrategias de prevención del VIH en la cual las personas que no tienen VIH, pero que tienen prácticas que pueden exponerlos en riesgo a la transmisión del virus, toman un medicamento antirretroviral y así reducen la posibilidad de adquirirlo. La PrEP está recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte del abordaje de la prevención combinada junto con el preservativo.

▶ AUTOTEST PARA VIH

Se trata de una prueba de detección de la infección por el VIH en la que la misma persona que se realiza la prueba recoge la muestra de sangre o saliva e interpreta el resultado del test. La obtención del resultado del test es inmediata (generalmente en menos de 20 minutos), no siendo necesario enviar la prueba a ningún laboratorio para obtener el resultado.

▶ TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN²³

El tratamiento como prevención -TasP- ha sido reconocido por UNAIDS como una nueva manera, radicalmente distinta, de plantearse una reducción en la propagación del VIH. El TasP funciona utilizando el antirretroviral (antiretroviral treatment, ART) para reducir la carga viral del VIH, o sea, la cantidad de VIH en sangre. Una carga viral baja ayuda a mantener saludable a la persona que vive con el VIH y reduce grandemente la posibilidad de transmitir el VIH a otras personas.

²³ Para mayor información consultar: <https://www.who.int/hiv/topics/self-testing/es/>

▶ CARACTERÍSTICAS DE LA PREVENCIÓN COMBINADA ²⁴

No olvidar que de acuerdo a lo definido por los documentos técnicos de ONUSIDA y la OMS, la definición de prevención combinada debe reunir las siguientes características:

- Estar basada en los derechos, en la equidad de género, en la evidencia y en la comunidad
- Combinar el uso estratégico y simultáneo de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales.
- Adecuada a las necesidades y contextos nacionales y locales, para tener una mayor sostenibilidad en el impacto en la reducción de nuevas infecciones. Se adaptan a las necesidades y condiciones por población, nacionales y locales.
- Optimizar los recursos en un conjunto de acciones programáticas y políticas necesarias, para abordar los riesgos inmediatos, como la vulnerabilidad subyacente.
- Operacionalmente implica una gestión gubernamental descentralizada, que promueva respuestas comunitarias y la participación de los gobiernos locales.
- Flexible para adaptarse a patrones epidémicos cambiantes e implementar innovaciones oportunamente.
- Basada en la participación plena de las comunidades más vulnerables.

²⁴ **Para mayor información consultar:** Componentes de la prevención combinada: (OMS 2016: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>)

CAPÍTULO 6

DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN CASOS DE VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO CON ÉNFASIS EN VIOLENCIA SEXUAL





LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO SON UNA GRAVE VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS QUE AFECTAN LA SALUD Y LA VIDA DE QUIENES LAS PADECEN Y SON UN DELITO.



En este aparte se presentan las indicaciones más importantes a tener en cuenta cuando se atiende una víctima de violencia de género con énfasis en violencia sexual, basados en la Resolución 459 de 2012.

En el caso de una violencia de género, **la salud es primero**. El profesional de salud a cargo de la atención debe:

- Solicitar el consentimiento informado para iniciar la atención.
- Brindar a la mujer información sobre las diferentes alternativas que puede tener para tomar una decisión informada sobre su atención, denuncia, reparación, etc.
- Garantizar una **atención integral** física, mental y psicosocial.
- Solicitar las **medidas de protección** de la víctima a las entidades competentes.
- Dar **aviso o denunciar** ante el sector justicia.
- **Prevenir un daño mayor** y buscar la **restitución de los derechos**; la atención en el sector salud puede llegar a ser la única posibilidad con que cuentan las víctimas para hablar.

1. ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

En el marco de la Resolución 459 de 2012 y la Resolución 2003 de 2014 se establece lo siguiente:

- Contar con un equipo interdisciplinario para la atención de las violencias basadas en género -VBG- de acuerdo al nivel de atención habilitado certificado.

1. La IPS de primer nivel de atención (urgencias) cuenta con un grupo que deberá estar conformado como mínimo por: 1 profesional de la medicina y 1 profesional de enfermería.
2. En IPS de II y III nivel que cuente con urgencias, el grupo deberá estar conformado por: 1 profesional de medicina, 1 profesional de la enfermería, 1 profesional de trabajo social, 1 profesional de salud mental y 1 auxiliar del área administrativa. El líder del grupo debe ser el profesional del área de la salud o del área social.

- Contar con un programa de inducción y re inducción del recurso humano asistencial en el que se incluya el abordaje integral en salud a las víctimas de violencias sexuales y la medicina forense.
- Incluir dentro de su plan de capacitación el entrenamiento de los profesionales asistenciales en los servicios y temáticas relevantes en violencias sexuales.
- Contar con el programa de atención en salud para víctimas de violencia sexual.
- Tener disponibles todos los medicamentos e insumos que hacen parte del Kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia. Dos Kit para menores de 13 años y dos para mayores de 13 años y gestantes.
- Tener establecido un procedimiento que garantice la atención de la IVE.

Todo este proceso de alistamiento y preparación de las instituciones para la atención se puede ampliar consultando los pasos 1 y 2 de la ruta de atención integral de la violencia sexual (Resolución 459 de 2012, pág. 18)

2. IDENTIFICACIÓN Y ACTIVACIÓN DE LA RUTA SECTORIAL DE ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VBG

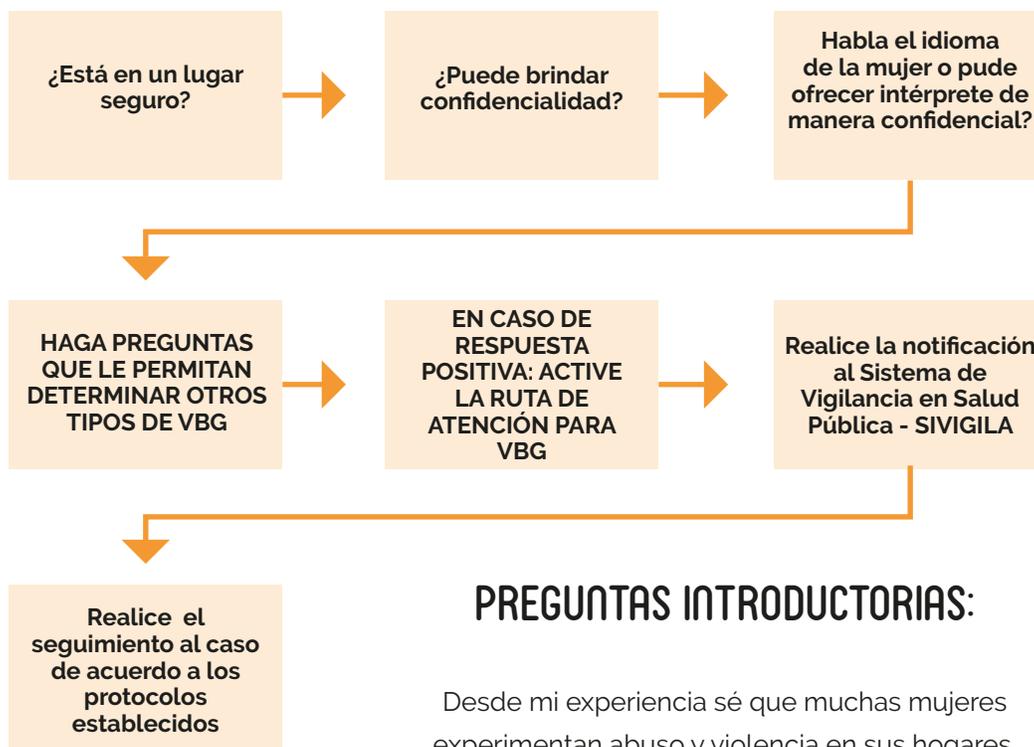
Si bien las víctimas pueden acudir solicitando el servicio de atención integral por violencia sexual, tenga en cuenta que una de cada tres mujeres ha experimentado algún otro tipo de VBG. Por lo tanto, es pertinente evaluar la exposición a las mismas, en cada contacto con las mujeres por parte de los servicios de salud.

Considere las siguientes pautas:

▶ VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG) ²⁵

Valore de manera discreta, confidencial y sin prejuicios cualquier señal de violencia física que pueda tener la mujer: rasguños, morados, heridas, quemaduras.

Preguntar sobre VBG no es fácil, estos son algunos tips que le pueden ayudar



PREGUNTAS INTRODUCTORIAS:

Desde mi experiencia sé que muchas mujeres experimentan abuso y violencia en sus hogares. Alrededor del 30% de las mujeres en el mundo ha experimentado violencias por razón de género.

- ¿Se siente identificada con estas mujeres?
- ¿Se siente segura en su entorno?
- ¿Alguna vez ha sido humillada, amenazada, golpeada por su pareja?

²⁵ Adaptado del Estudio de Fortalecimiento de la respuesta de Servicios de Salud hacia las violencias basadas en género en Europa Central y Asia, UNFPA and WAVE 2014. <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf> Adaptado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf> (Páginas 38 a 63)

3. TRIAGE DE ATENCIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIAS DE GÉNERO ²⁶

Tenga en cuenta las diferentes formas de violencias, las necesidades y deseos de la víctima y analice:

- Características de las violencias: psicológica o emocional, sexual, física, económica o patrimonial.
- Características de la víctima: variables principales como sexo, nivel educativo, orientación sexual, identidad de género, edad, pertenencia étnica y condiciones de vulnerabilidad generales.
- Ámbito de ocurrencia público o privado:
Público: comunidad, amistad, salud, escolar, laboral, institucional, reclusión intramural, estatal (cuando la violencia proviene de cualquier agente o funcionario del estado), conflicto armado (cuando proviene de grupos armados, legales e ilegales: paras, guerrilla, militares, entre otros).
Privado: familiar conviviente, familiar no conviviente, pareja o expareja.
- Ubicación geográfica donde ocurrió la violencia.
- Características del perpetrador de la violencia.

Es necesario evaluar el riesgo conforme a los lineamientos del triage de urgencias. De acuerdo con la Resolución 0459 de 2012, la violencia sexual constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias en las primeras 72 horas de ocurrida la agresión; luego de las 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto en los casos estipulados en la citada resolución (numeral 2.3.).

Esta información puede ser ampliada en el "Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual", paso 3.

4. APLICACIÓN DE PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ²⁷

4.1. ATENCIÓN DIRECTA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Tenga en cuenta las siguientes indicaciones:

Realizar una valoración integral para identificar las necesidades de atención de la víctima.

Valore si la persona requiere:

- Atención de urgencia vital, física o psicológica.
- Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo al tipo de violencia sexual.
- Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida.
- Prueba de embarazo.
- Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE.
- Recolección de evidencias.
- Orientación a la familia.
- Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios requeridos.
- Remisión a protección y reporte a justicia.

²⁶ En Colombia cualquier comportamiento de tipo sexual con niño o niña menor de 14 años, se constituye en delito, independiente de la existencia de un consentimiento informado.

²⁷ Toda violencia sexual debe ser considerada como una urgencia. Ley 1146 de 2007, Resolución 459/2012. Ministerio de Salud y Protección Social, Sentencia C-754 de la Corte Constitucional.

Tomar las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial.

Las pruebas diagnósticas incluyen:

- Serología para sífilis (VDRL).
- Toma de muestra endocervical para Gram orientada en la detección de gonococo.
- Frotis vaginal.
- Prueba de tamizaje para VIH.
- Muestra de sangre para búsqueda de hepatitis B.
- Búsqueda de espermatozoides en las muestras tomadas.

IMPORTANTE: las muestras biológicas para procesar pruebas diagnósticas para ITS no son pre-requisito para iniciar tratamiento, excepto para VIH-Sida, dado que se requiere conocer el estado de seropositividad para el virus con el fin de establecer conducta de tratamiento o iniciar profilaxis.

Asegurar profilaxis para ITS/VIH durante la consulta inicial de salud.

Se debe realizar profilaxis para ITS/VIH según esquemas actualizados por el protocolo por exposición del Ministerio de Salud y Protección Social de noviembre de 2017 ²⁸.

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el PEP Kit completo para mayores y menores de 13 años, incluyendo el listado de elementos que debe contener y la semaforización de fechas de vencimiento.

²⁸ "Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C". Ministerio de Salud y Protección Social. 2017.

Para el suministro de los medicamentos profilácticos de ITS/VIH tenga en cuenta el siguiente cuadro:

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MAYORES DE 13 AÑOS Y GESTANTES²⁹	
<p>Profilaxis post exposición del VIH: el servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH debe, en todos los casos, entregar al momento del alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.</p>	
MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
<p>1. Primera opción: Tenofovir / Emtricitabina y Dolutegravir</p>	<p>Tenofovir / Emtricitabina – tabletas x 300 / 200 – 1 al día x 30 - Dolutegravir – tab x 50 mg 1 al día x 30 días.</p>
<p>2. Segunda opción: Tenofovir / Emtricitabina con Darunavir / Ritonavir</p>	<p>Darunavir – tab x 800 mg 1 al día x 30 días.</p>
<p>Alternativa: Tenofovir / Emtricitabina y Atazanavir / Ritonavir.</p>	<p>- Atazanavir – tab x 300 mg 1 al día x 30 días. - Ritonavir – tab x 100 mg 1 al día x 30 días.</p>
Profilaxis post-exposición de las ITS. Dosis únicas.	
MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
Ceftriaxona 500 mg (1 ampolla)	Ceftriaxona 500 mg (1 ampolla)
Metronidazol 2 gr (4 tabletas)	Metronidazol X 500 mg Administrar 2 gr (4 tabletas)
Azitromicina 1 gr (2 tabletas)	Azitromicina 1 gr (2 tabletas)

²⁹ Tomado del "Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C". Ministerio de Salud y Protección Social. 2017.

Profilaxis post-exposición de las ITS. Dosis únicas.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
En caso de tratarse de una mujer gestante, se debe adicionar a la Ceftriaxona, el Metronidazol y a la Azitromicina, Penicilina Benzatinica 2'400.000 UI, dosis única.	En gestantes: Penicilina Benzatinica IM x 2.400.000 UI. En caso de antecedente de alergia a la Penicilina, se debe proceder a desensibilizar, según las indicaciones de la "Guía de práctica clínica para sífilis gestacional y congénita".

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS³⁰

Profilaxis post exposición del VIH: el servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH debe, en todos los casos, entregar al alta del paciente el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.

Recomendaciones previas antes de iniciar profilaxis	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
1. En niños y niñas de 14 días y menores de 13 años, se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH, el uso de Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir-rtv.	1. Zidovudina: suspensión 10 mg/ml o tabletas de 100 y 300 mg.	<ul style="list-style-type: none"> De 4 a 9 kg de peso: 9 mg/kg cada 12 horas x 30 días. De 9 a 30 kg de peso: 12 mg/kg cada 12 horas x 30 días. Peso mayor o igual a 30 kg: 300 mg cada 12 horas x 30 días.
2. En niños y niñas menores de 3 años se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH en presentaciones en suspensión.	2. Lamivudina: solución oral 10 mg/ml. Tableta x 150 mg x 30 días.	<ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg de peso cada 12 horas x 30 días. Niños/niñas de 14 a 21 kilos: 1/2 tableta (75 mg). cada 12 horas. Dosis total 150 mg x 30 días.

³⁰ Tomado del "Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C". Ministerio de Salud y Protección Social. 2017.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS³

Recomendaciones previas antes de iniciar profilaxis	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
		<ul style="list-style-type: none"> • Niños/niñas mayores de 21 y menor de 30 kilos: 1/2 tab (75 mg) a.m. y 1 tableta (150 mg) p.m. Dosis total 225 mg x 30 días. • Mayor o igual a 30 kilos 1 tableta (150 mg) cada 12 horas. Dosis total 300 mg x 30 días.
<p>3. En niños y niñas mayores de 3 años se recomienda tabletas masticables de Lopinavir/ Ritonavir.</p>	<p>3. Lopinavir/ritonavir: solución oral: 400/100 mg/5 ml tabletas x 100/25 y 200/50 mg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 14 días a 12 meses de edad: 300/75 mg/m² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días. • Mayores de 12 meses a 18 años de edad: 230/57,5 mg/m² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días. • 15 a 20 kl: 2 tabletas de 100/25, cada 12 horas x 30 días. • 20 a 25 kl: 3 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días. • 30 a 35 kl: 4 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días; se aclara que 4 tabletas de LPV/r x 100/25 mg pueden ser sustituidas por 2 tabletas de 200/50 mg teniendo en cuenta que estas últimas son más grandes y difíciles de ingerir.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS⁹

Recomendaciones previas antes de iniciar profilaxis	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
<p>4. En caso de anemia o intolerancia al Lopinavir/Ritonavir/: se debe cambiar Zidovudina por Abacavir.</p>	<p>4. Abacavir: solución oral 20 mg/ ml. Tableta x 300mg. No aprobada para uso en menores de 3 meses de edad.</p>	<p>Solución oral: 8 mg/kg (máximo 300 mg al día) cada 12 horas x 30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 14 a 21 kg: 1/2 tableta (150 mg) cada 12 horas. (dosis total 300 mg) x 30 días. • Mayor de 21 y menor de 30 kg: 1/2 tableta (150 mg) a.m. y 1 tableta (300 mg) p.m. (dosis total 450 mg) x 30 días. • Mayor o igual a 30 kg: 1 tableta (300 mg) cada 12 horas (dosis total 600 mg) x 30 días.
<p>5. En niños de 3 años y menores de 13 años, en caso de intolerancia a Lopinavir/Ritonavir, se recomienda el uso de Raltegravir en tabletas masticables.</p>	<p>5. Raltegravir: tabletas masticables x 25 y 100 mg. Tableta recubierta de 400 mg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatos: no está aprobado su uso en neonatos. • De 10 a 14 kg de peso: 75 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 25 mg masticables) x 30 días. • De 14 a 19 kg: 100 mg cada 12 horas (1 cápsula por 100 mg masticables) x 30 días. • De 20 a 27 kg: 150 mg cada 12 horas (1,5 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días. • De 28 a 39 kg: 200 mg cada 12 horas (2 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días. • Mayor o igual a 40 kg: 300 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días. • Pacientes a partir de los 12 años de edad: tableta recubierta por 400 mg cada 12 horas x 30 días.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS⁹

Recomendaciones previas antes de iniciar profilaxis	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN Y DOSIS
	Ceftriaxona 500 mg. - (1 ampolla).	Ceftriaxona: amp 500 mg. En menores de 12 años 50 mg/kg dosis única. Mayores de 12 años 1 ampolla dosis única.
	Metronidazol 2 gr.	Metronidazol Suspensión 250 mg x 5cc. Fco x 120 ml. 20 mg/kg dosis única.
	Azitromicina 1 gr.	Azitromicina Suspensión 200mg x 5cc. Fco x 15 ml. 10 mg/kg dosis única.

Asegurar anticoncepción de emergencia y acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Durante las 72 horas de ocurrida la agresión sexual es indispensable que:

- De manera rutinaria sea prescrita la anticoncepción de emergencia en todo caso de violencia sexual que involucre riesgo de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la violación.
- La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico.

Asegurar una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta.

Por medio de:

- Brindar los primeros auxilios emocionales.
- La recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución que entren en contacto con la víctima; por ejemplo, organizar y coordinar la intervención por parte de todos los profesionales que vayan a brindar algún tipo de atención.

NO OLVIDE DERIVAR HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL; DE MANERA RUTINARIA DEBE CONTEMPLARSE LA REMISIÓN A PROFESIONALES DE SALUD Y DE LAS CIENCIAS SOCIALES ENTRENADOS EN IVE, VIH/SIDA Y SALUD MENTAL.



4.2. REALIZAR SEGUIMIENTOS, REPORTES AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CIERRE DE CASO.

Planear los seguimientos clínicos requeridos por la víctima. Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de cinco consultas de control con la siguiente periodicidad: a las dos semanas, a las cuatro semanas, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses.

- Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.
- La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio.

Efectuar los procedimientos de registro de información de violencias de género en los sistemas de información.

Diligenciamiento completo de historia clínica única para víctimas de violencia sexual teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Consentimiento informado para la atención inicial de urgencias: toma de muestras, anticoncepción de emergencias, profilaxis, examen pericial y recolección de evidencias forenses según formatos y protocolos específicos.
- Solicitar a la víctima el consentimiento informado para la realización del dictamen pericial (realizado por el profesional de la salud o por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).
- Anamnesis (motivo de consulta y enfermedad actual).
- Antecedentes.
- Examen físico.
- Descripción de prendas.
- Examen mental.
- Valoración del estado de embriaguez clínica aguda por alcohol u otras sustancias.
- Nota de evidencias recolectadas con fines forenses.

- Diagnóstico según clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) para la codificación del diagnóstico de violencia sexual.
- Conducta/Plan de manejo.
- Ayudas diagnósticas.
- Tratamiento profiláctico según pertinencia.
- Remisiones a salud mental y asegura la atención psicosocial.
- Remisiones a otras áreas como protección y justicia.
- Plan de seguimiento.

Registrar en RIPS y codificar el caso según diagnósticos CIE-10: definición de casos de violencia de género en el RIPS como casos de causa externa.

DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIAS DE GÉNERO CÓDIGO CIE-10.

VIOLENCIAS DE GÉNERO	CÓDIGOS CIE-10
Violencia Sexual	T74.2, Y05, Y05.0, Y05.1, Y05.2, Y05.3, Y05.4, Y05.5, Y05.6, Y05.7, Y05.8, Y05.9, Z614, Z615

Reportar el caso en SIVIGILA: la identificación de los casos de violencias de género se realiza mediante el registro de la información en la ficha de violencia de género (No.875) del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), el cual tiene como objetivo presentar la información actualizada sobre las características sociales y demográficas, epidemiológicas, así como la modalidad de la violencia, teniendo en cuenta las relacionadas con el conflicto armado y ataques por ácidos, álcalis y sustancias corrosivas. Además, identificar estrategias y procesos de vigilancia del evento, definir las medidas individuales y colectivas de prevención, así como orientar a los diferentes actores del sistema sobre sus responsabilidades en la identificación, diagnóstico, manejo, prevención, atención integral del evento y establecer los indicadores de vigilancia respectivos.³¹

Ficha de Datos Básicos:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/ficha-notificacion-sivigila.pdf

FichaNo.875:

www.ins.gov.co/buscadoreventos/ZIKA%20Lineamientos/Violencia%20de%20g%C3%A9nero%20875.pdf

³¹ "Protocolo de Vigilancia en Salud Pública en violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual." Instituto Nacional de Salud. Año 2016

Realizar un adecuado cierre de caso:

- Realizar seguimiento para garantizar el restablecimiento pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

RECUERDE: EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL INCLUYE LA NO REVICTIMIZACIÓN. "NINGUNA NECESIDAD DIAGNÓSTICA, TERAPÉUTICA O INVESTIGATIVA JUSTIFICA UNA NUEVA VICTIMIZACIÓN DENTRO DE LA ASISTENCIA SANITARIA"³².



4.3. ACTIVACIÓN DE LOS SECTORES DE PROTECCIÓN Y JUSTICIA

Derive el caso de violencia sexual hacia otros sectores involucrados en la atención inicial.

En los casos en que el sector salud sea la primera autoridad que tenga contacto con la víctima de violencia sexual, este debe activar de inmediato la ruta intersectorial, dando aviso a las autoridades que cumplen funciones judiciales y de protección para que se garantice la atención integral.

En el caso de menores de 18 años de edad, para que se tomen las medidas de protección, se debe tener en cuenta si la violencia sexual se produjo en el ámbito de la familia o por fuera de esta. En caso de ser por fuera del ámbito de la familia, debe informarse al comisaría de familia del municipio; si la violencia sexual se presentó en el ámbito de la familia, debe informarse a la comisaría de familia, para que inicie el procedimiento administrativo de restablecimiento de derechos. Nota: si en el municipio donde ocurrieron los hechos solo hay Comisarios de Familia, estos asumen la competencia del Defensor de Familia (competencia subsidiaria).

En el caso de personas adultas, si la violencia sexual tuvo lugar en el ámbito de la familia, se debe informar a la persona que puede acudir a la Comisaría de Familia (o jueces promiscuos municipales cuando en el municipio no se cuente con Comisario de Familia) y solicitar la adopción de medidas de

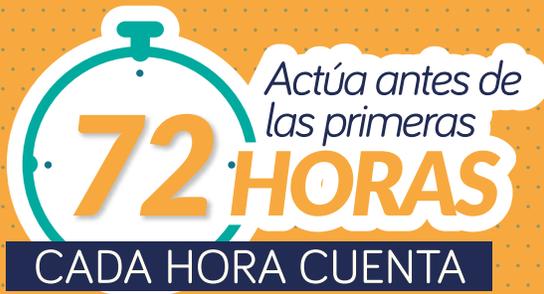
³² Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de Protección Social, UNFPA. 2011

protección. Si lo considera pertinente, y para garantizar la continuidad de la atención en salud derivada de la violencia, la autoridad puede ordenar las medidas de atención contenidas en la Ley 1257 de 2008, para las mujeres víctimas, sus hijas e hijos. Si la violencia sexual se presenta por fuera del ámbito familiar, la persona puede solicitar ante el juez de control de garantías las medidas de protección correspondientes al proceso penal. En caso de que los hechos victimizantes hayan ocurrido en el marco del conflicto armado o por parte de un actor armado, se hace necesario remitir a la víctima sobreviviente para declaración ante el Ministerio Público (Defensoría del Pueblo o personerías municipales) de acuerdo a la Ley 1719 de 2014.

Con respecto a la garantía del derecho de acceso a la justicia, se debe dar aviso de forma simultánea a las autoridades judiciales como la Fiscalía General de la Nación (URI, SAU, CAIVAS, CAPIF, CAVIF) o CTI, a la Policía con funciones de Policía judicial del municipio (SIJIN-DIJIN) y en caso de niñas, niños y adolescentes víctimas, se puede denunciar ante la Policía de Infancia y Adolescencia. Si en el municipio no hay presencia de Policía con funciones de Policía judicial, se debe informar a las autoridades de Policía de vigilancia que hayan sido acordadas en la ruta intersectorial. También, se puede acudir a los otros mecanismos de denuncia que estén establecidos en los municipios.

PARA LA AMPLIACIÓN DEL TEMA CONSULTE:

La Resolución 459 DE 2012, la Ley 1257 de 2008 y la Ley 1719 de 2014.



Actúa antes de las primeras
72 HORAS
CADA HORA CUENTA

LA VIOLENCIA SEXUAL ES UNA URGENCIA

La **VIOLENCIA SEXUAL** es una grave violación de los derechos humanos que afecta la salud y la vida de quienes la padecen. Además, es un **DELITO**.



¿Sabías que después de una violación cada hora cuenta?

Cada hora cuenta para prevenir daños físicos o mentales que te pueden afectar el resto de la vida. A pesar de lo sucedido, tú puedes tomar acciones para protegerte.

Acude a urgencias del centro de salud u hospital más cercano. Tienes derecho a que te atiendan inmediatamente y de forma gratuita. (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social)

Antes de que pasen más de
72 HORAS

Debes recibir tratamiento integral en salud que incluya:

- Medicamentos para prevenir el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- Exámenes de laboratorio, atención médica y psicológica de manera inmediata.
- Anticoncepción de emergencia para prevenir un embarazo.

Antes de que pasen
120 HORAS

Te deben practicar pruebas de laboratorio para detectar un embarazo o infecciones de transmisión sexual.

Tan pronto como sea posible

Acude a urgencias del servicio de salud para que te realicen un examen físico e identifiquen y traten lesiones.

- Si eliges presentar una denuncia, un médico debe recolectar la evidencia forense para apoyar la investigación criminal.
- Si necesitas protección o quieres poner la denuncia contra el agresor,

el hospital debe facilitarte la coordinación con las entidades locales correspondientes (policía, fiscalía, Sijin, ICBF, comisarías de familia, trabajo social, entre otras).

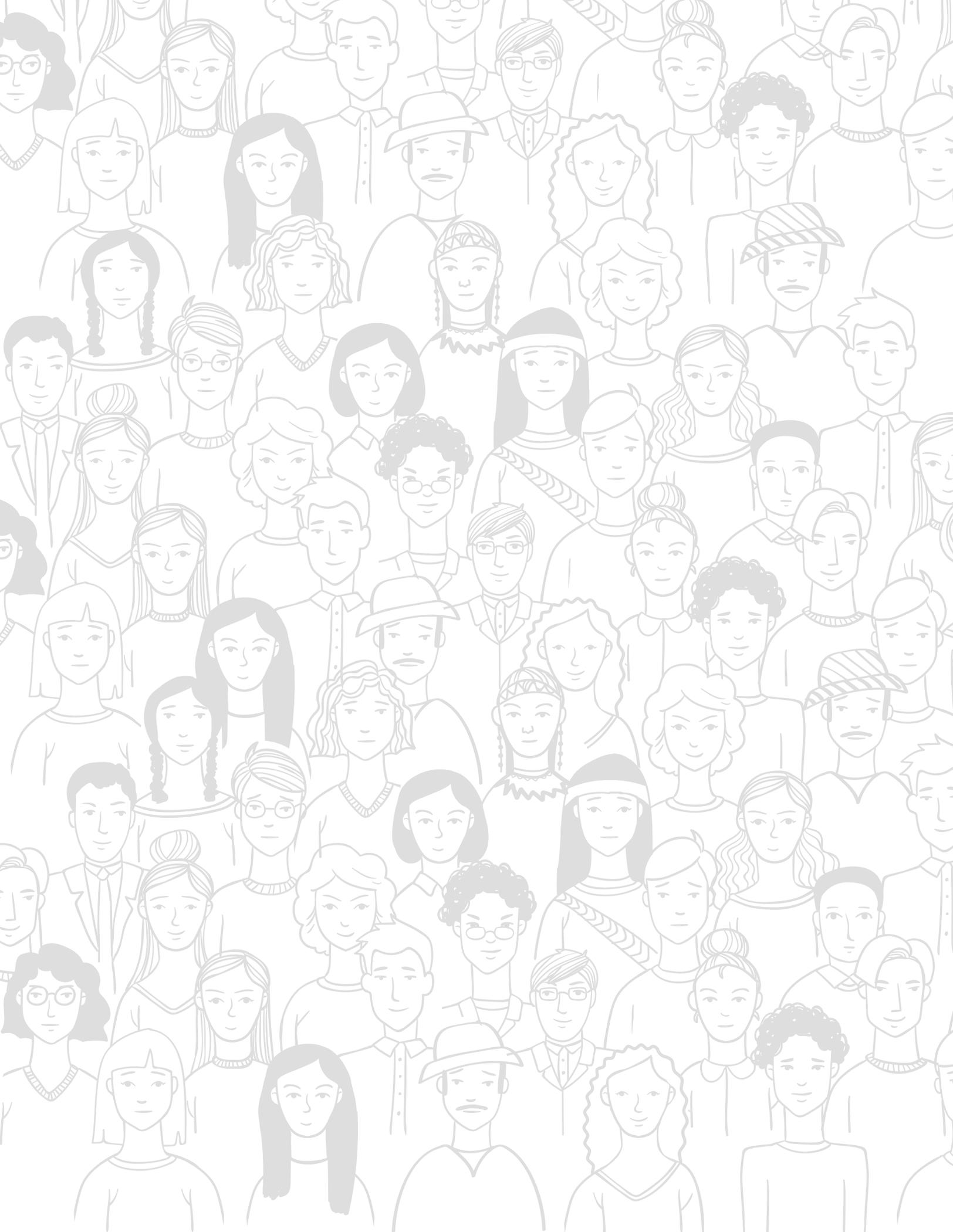
¡Solicita esta ayuda!

En cualquier momento

No importa cuánto tiempo haya pasado:

Tu hospital o centro de salud debe brindarte asesoría y apoyo psicosocial para superar los efectos de la agresión.

Después de una violación los medicamentos son más efectivos si se toman **EN LAS PRIMERAS 72 HORAS** luego de la agresión; sin embargo, aunque haya pasado más tiempo, acude a cualquier hospital para recibir el tratamiento y la atención que necesitas.



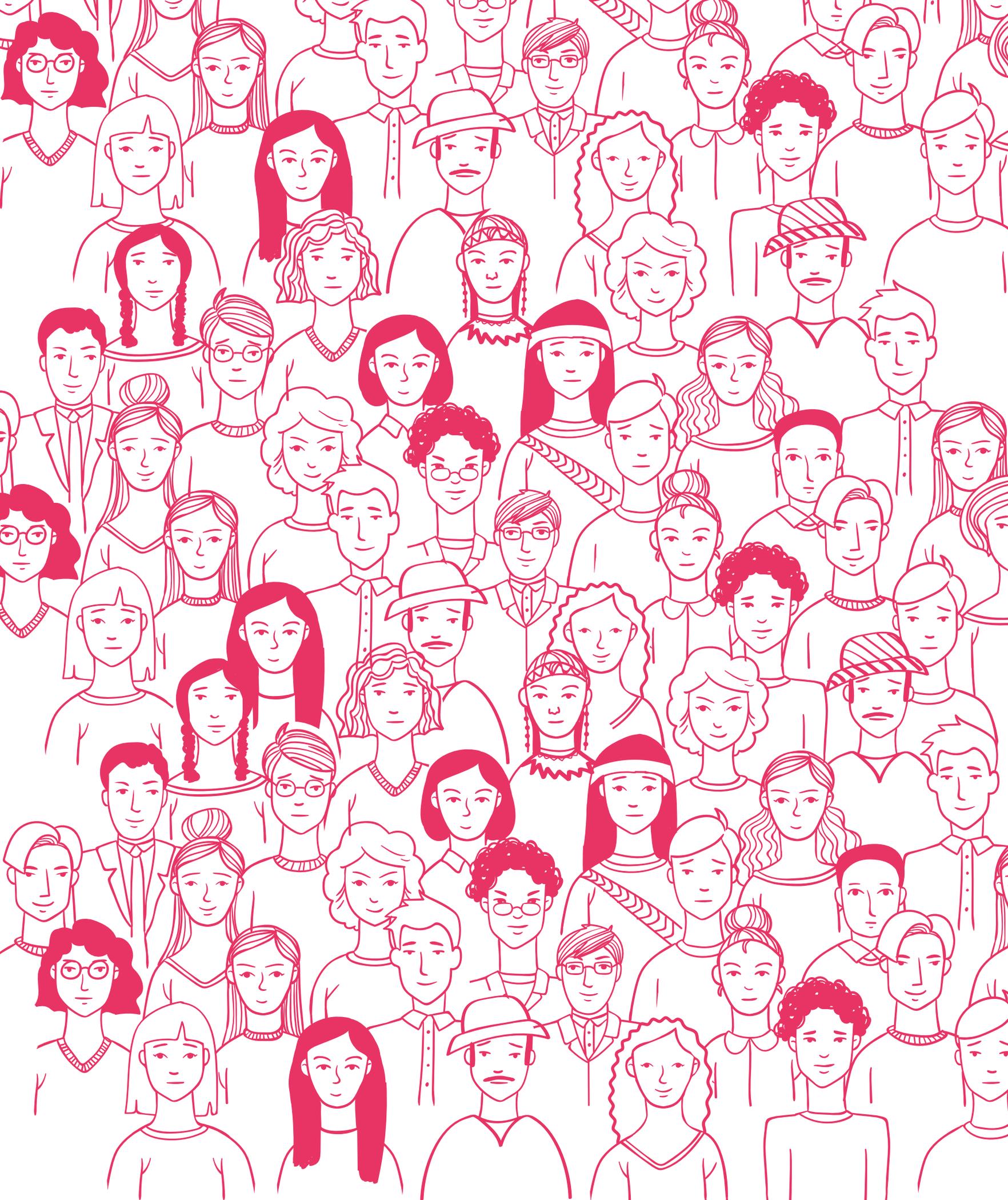
CAPÍTULO 7

DERECHO AL ABORTO SEGURO: ACCIONES QUE SALVAN VIDAS

(Según las causales de la Sentencia C-355 del 2006)

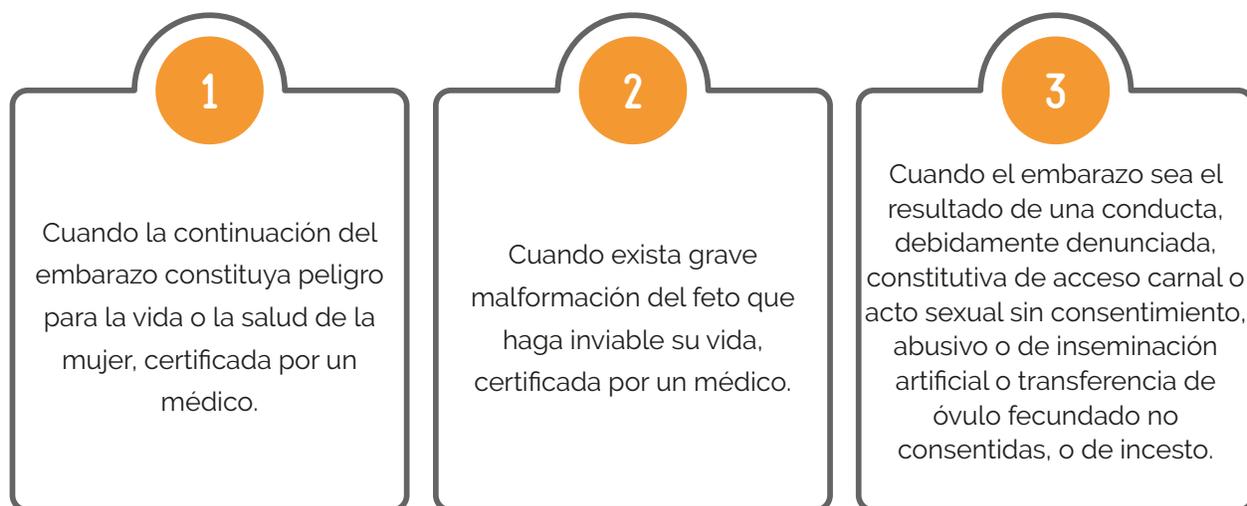
DERECHO AL
ABORTO SEGURO





¿QUÉ ES LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)?

Es un derecho fundamental de las niñas y mujeres a no continuar con un embarazo. Este derecho fue reconocido como tal por la Corte Constitucional colombiana mediante la sentencia C-355 de 2006 ratificada por la Sentencia unificada SU-096 de 2018 en tres circunstancias:



La sentencia C-355 de 2006 al reconocer este derecho apoya la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres en todos los ámbitos sociales y en todos los contextos. La decisión de someterse a una IVE es un ejercicio de derecho fundamental basado en otros de suma importancia en nuestro Estado Social de Derecho, como la vida, la salud física y mental, la dignidad humana, la integridad, el libre desarrollo de la personalidad y la autodeterminación de las mujeres en Colombia. (Sentencias T-988/07, T-946/08, T-388/09 T-841 de 2011).

"...Todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la sentencia C-355..."
(Sentencia T-388 de 2009).

Los procedimientos para efectuar una Interrupción Voluntaria del Embarazo se encuentran garantizados en el plan de beneficios al que tiene derecho cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado (Resolución 5592 de 2015 del MSPS). Por lo cual, todas las IPS (clínicas y hospitales), independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales, deben prestar el servicio de IVE y contar con suficientes profesionales de la medicina y demás personal idóneo y dispuesto a atender las solicitudes de IVE; de lo contrario, deben asegurar su atención con otro prestador. Sin excepción, todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben informar a su población afiliada sobre la red de prestadores disponibles en el país donde se prestan los servicios de IVE. (Sentencia T-388 de 2009)

Ni la sentencia C-355 de 2006 ni ninguna norma legal ha fijado límite temporal en la edad gestacional para la realización de la IVE en los casos despenalizados, lo que imposibilita al juez u otra autoridad o particular que participe en el sistema de salud para establecer una regla general que impida la IVE después de cierto tiempo de gestación (sentencia T-841 de 2011 y Sentencia unificada SU-096 de 2018). Así tampoco, el Sistema de Seguridad Social en Salud puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA IVE?

“Los médicos o el personal administrativo no pueden exigir documentos o requisitos adicionales a los que se mencionan a continuación, con el fin de abstenerse de practicar o autorizar un procedimiento de IVE...” (Sentencia T-209 de 2008).

CAUSAL	QUIÉNES PUEDEN ACCEDER	REQUISITO
PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER	Toda mujer para quien la continuación de su embarazo represente un riesgo para su salud mental, social o física, independiente de la severidad del riesgo. Es la misma mujer quien, en la presencia de un riesgo, determina si está dispuesta a asumirlo y continuar con el embarazo o si decide terminarlo.	Esta condición debe ser certificada por un médico/a o por un profesional de la psicología. No es necesaria ni obligatoria la presencia de una enfermedad o diagnóstico específico ni evidenciar un riesgo inminente ni severo. (Sentencia T-388 de 2009). Para una IVE por salud mental NO debe exigirse la existencia de un diagnóstico psiquiátrico

CAUSAL	QUIÉNES PUEDEN ACCEDER	REQUISITO
	<p>En presencia de un riesgo para la salud DEBE PREVALECER LA DECISIÓN DE LA MUJER sobre la opinión del profesional de la salud, de la IPS, la EPS o de la autoridad judicial. (Sentencia T-009/2009).</p>	<p>o una discapacidad psicosocial. La causal de salud mental es procedente cuando se presente dolor psicológico o sufrimiento mental, y se afecte cualquiera de las esferas de la salud de la mujer (Sentencia C-355 de 2006).</p>
<p>MALFORMACIONES DEL FETO INCOMPATIBLES CON LA VIDA.</p>	<p>Se encuentra en esta causal toda mujer embarazada a quien se le diagnostique una malformación fetal no compatible con la vida.</p>	<p>El único requisito exigible es una certificación sobre la inviabilidad resultante de las malformaciones observadas en el feto la cual debe ser expedida por un médico/a con suficiente información. No es necesario que tenga una especialización ni obtener un diagnóstico cito-genético (Sentencia C-355 de 2006, Sentencia T-841 de 2011).</p>
<p>ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.</p>	<p>Se encuentra en esta causal toda mujer cuyo embarazo sea el resultado de una conducta, denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida o de incesto.</p> <p>Debe partirse de la credibilidad de lo que manifiesta la mujer y por tanto, el sistema de salud no debe exigirle que compruebe el hecho, ni que demuestre la veracidad ni la coherencia temporal del mismo con respecto a la edad gestacional. En ningún momento, esta situación puede ser un argumento para obstaculizar la prestación de un servicio de IVE y mucho menos servir como</p>	<p>El único requisito para que se realice el procedimiento es presentar copia de la denuncia de la violación que dio lugar al embarazo.</p> <p>Cualquier mujer menor de catorce (14) años embarazada con base en su derecho al libre desarrollo de la personalidad, tienen el derecho a decidir por una interrupción voluntaria del embarazo, por tanto, el consentimiento de las niñas deberá ser respetado incluso cuando sus padres no estén de acuerdo con cualquier decisión. (C-355/06, T-209/08, T-388/09).</p>

CAUSAL	QUIÉNES PUEDEN ACCEDER	REQUISITO
<p>ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.</p>	<p>fundamentación para la objeción de conciencia (Sentencia T-209 de 2008).</p>	<p>A toda niña, adolescente y mujer con alguna discapacidad ya sea física, sensorial, intelectual, psicosocial o múltiple, que esté embarazada, se le debe garantizar la asesoría que le permita decidir continuar o interrumpir el embarazo. Esta asesoría se debe brindar a través del uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias con la finalidad de garantizar que esta decisión haya sido libre e informada. (Resolución 1904 de 2017).</p> <p>Para las niñas menores de 14 años y/o con algún tipo de discapacidad en donde se presume que fue víctima de algún tipo de abuso sexual, no es necesaria la denuncia y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo en estos casos (Sentencia T-209 2008).</p> <p>Las mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, tampoco necesitan la denuncia penal para acceder a la IVE (Artículo 24, Ley 1719 de 2014).</p>

Cualquier exigencia distinta o adicional a las anteriores es una práctica prohibida y se puede convertir en obstáculo para la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Las EPS y las IPS deben responder a las solicitudes de IVE dentro de un plazo razonable de cinco (5) días desde la consulta médica, evitando barreras o dilaciones (Resolución 004905 de 2006, Sentencia T-209 de 2008, Superintendencia Nacional de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción décimo primera).

La objeción de conciencia hace referencia al derecho individual del profesional de la salud de no realizar el procedimiento debido a convicciones morales, filosóficas o religiosas que se lo impiden. Solo puede objetar conciencia el profesional que va a realizar el procedimiento, y no la institución. Debe presentarse de manera individual (nunca de forma colectiva) en un escrito en el que se expongan debidamente los fundamentos. Este no es un derecho del que son titulares las personas jurídicas; por tanto, los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente disponibilidad de servicios de la red pública en todos los niveles de complejidad con el propósito de garantizar el acceso efectivo al servicio de IVE, en condiciones de calidad y de salubridad, cumpliendo los postulados de referencia y contra referencia (Superintendencia Nacional de Salud, Circular 003 de 2013, sentencias C-355 de 2006, T- 209 de 2008 y T-388 de 2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García, Carlos I. "Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia", Colombia Diversa, 2007.
2. Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas -UARIV-, Organización Internacional para las Migraciones – OIM y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional -USAID. "Enfoque de Orientaciones Sexuales e Identidades de Género". Bogotá D.C, Colombia, 2014.
3. United Nations Population Fund – UNFPA, "Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy", New York, 2015.
4. Lía Arriba's Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. "The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception". Am J Obstet Gynecol 2010; 203:115. e1-7.
5. Organización Mundial de la Salud. "Criterios de Elegibilidad, recomendaciones de práctica seleccionadas para el uso de anticonceptivos". OMS, Tercera edición, 2016.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. "Resolución 3280, ruta de promoción y mantenimiento de la salud". Agosto de 2018.
7. Ministerio de Salud y Protección social. "Resolución 2465 de 2016 indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas."
8. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G , et al. "Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de autoinstrucción. OMS y CLAP". 2011. En https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=227-vigilancia-del-crecimiento-fetal-manual-de-autoinstruccion&Itemid=219&lang=es

9. Ministerio de Salud y Protección Social, "Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.", 2013 disponible en:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf
10. JA Herrera, "Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal." Colombia médica, 2002, en colombiamedica.univalle.edu.co
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [https://www.cdc.gov/spanish/Enfermedades de transmisión sexual \(ETS\). 1 de junio de 2018. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm](https://www.cdc.gov/spanish/Enfermedades%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual%20(ETS).1%20de%20junio%20de%202018.Disponible%20en%3Ahttps://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm)
12. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA. "Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioral and structural strategies to reduce new HIV infections". UNAIDS discussion paper. Ginebra, 2010.
13. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud - OMS/OPS, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA 2017. Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. 2017
14. Ministerio de Salud y Protección Social, "Resolución 459 de 2012 por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", Colombia, 2012.
15. Ministerio de Salud y Protección Social, "Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, Colombia, 2014.
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, "Fortalecimiento de la respuesta de servicios de salud hacia las violencias basadas en género en Europa Central y Asia", 2014. Disponible en <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social, "Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C". Colombia, 2017
18. Instituto Nacional de Salud, "Protocolo de Vigilancia en Salud Pública en violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual". Colombia, 2016







Fondo de Población
de las Naciones Unidas

