

**REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIV. PROG.DE SALUD
DEPTO. PROG. DE LAS PERSONAS/
PROG.DE SALUD DE LA MUJER**

PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

1997

INDICE

	Páginas
Presentación	5
Introducción	8
Capítulo I	
Programa de Salud de la Mujer	
Propósito	18
Objetivos	
Estrategias	19
Niveles de Atención	24
Capitulo II	
<u>Actividades del Programa</u>	
1.Nivel Primario	26
1.1 Control Preconcepcional	27
1.2 Control Prenatal	30
1.3 Control del Desarrollo sicoafectivo del feto y preparación para el parto y el post-parto	35
1.4 Control de Puerperio	37
1.5 Control de Salud del Recién Nacido	39
1.6 Vacunación BCG en el Recién Nacido	41
1.7 Consulta de Lactancia Materna	43
1.8 Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	47
1.9 Control de Regulación de Fecundidad	50
1.10 Control Ginecológico preventivo	54
1.11 Consulta de Morbilidad Obstétrica	57
1.12 Consulta de Morbilidad Ginecológica	59
1.13 Control de Climaterio	61
1.14 Consulta por Enfermedad de Transmisión Sexual VIH/SIDA	63
1.15 Consulta Nutricional en el proceso Reproductivo	65
1.16 Consulta Nutricional para la Mujer no Gestante	67
1.17 Consulta Nutricional Grupal	69

1.18 Entrega de Complemento Nutricional (PNAC)	71
1.19 Rol de la Asistente Social en el Programa de Salud De Salud de la Mujer.	72
1.20 Visita Domiciliaria	76
1.21 Educación para la Salud	78
1.22 Promoción de la Salud	83
1.23 Trabajo Comunitario	87
1.24 Salud Buco Dental	89
1.25 Salud Ocupacional	91
2. Nivel Secundario :	93
2.1 Consulta especializada de Reproducción	94
2.2 Consulta de Alto Riesgo Obstétrico Perinatal	97
2.3 Consulta de Morbilidad Ginecológica	99
2.4 Consulta por Enfermedad de Transmisión Sexual y Sida	101
2.5 Control Sanitario Ginecológico de Trabajadores Sexuales	103
3. NIVEL TERCIARIO	105
3.1 Consulta de Urgencia Gineco-Obstétrica	106
3.2 Hospitalización por parto y puerperio	108
3.3 Hospitalización del Recién Nacido Normal	112
3.4 Hospitalización del Recién Nacido Patológico o de Alto Riesgo en la unidad de Neonatología	114
3.5 Hospitalización por Morbilidad Obstétrica	116
3.5 Hospitalización por Morbilidad Gineco-Oncológica	118
3.6 Hospitalización por Aborto	120
3.7 Vigilancia Infecciones Intrahospitalarias	122
Capítulo III	
<u>Soporte Organizacional</u>	123
1 Ministerio de Salud	123
2 Servicios de Salud	124
2.1 Encargada (o) Programa de Salud de la Mujer	124
2.2 Matrona Coordinadora Programa de Salud de la Mujer de los tres Niveles de Atención	125
2.3 Unidad de Salud de la Mujer	

2.4 Consejo Técnico de Salud de la Mujer	126
2.5 Consejo Intersectorial de Salud de la Mujer.	127
Capitulo IV	
Coordinación, Programación, Asesoría y Evaluación	128
1 Actividades de Coordinación	
2. Actividades de Programación, Asesoría y Evaluación	129
2.1 Reuniones de Programación	
2.2 Actividades de capacitación y Asesoría	
2.3 Actividades de Evaluación	
2.3.1 Indicadores de Evaluación	
2.3.2 Instrumentos de registro y flujo de información	130
Capitulo V	
Anexos	131
Nº 1 Recomendaciones para la apropiada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza-OMS.(1985)	132
Nº 2 Indicaciones para Examen de Test de Tolerancia a la glucosa abreviada y completo	134
Nº 3 Detección de Cancer Cervicouterino	135
Nº 4 Pesquisa y control de Cancer de Mama	137
Nº 5 Orientaciones para la Planificación y Programación de actividades.	140
Nº 6 Porqué el tabaquismo en la mujer ocasiona mayores riesgos	146
Nº 7 Consejería antitabáquica	148
Nº 8 Programa Salud del Adulto	150
Nº 9 Abordaje de Salud Mental y aspectos psicológicos y sociales en el Programa de Salud de la mujer.	152
Participantes en la elaboración del Programa	164

PRESENTACION

" El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona - hombre o mujer - conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre...." (O.P.S.,1990).

La condición de la mujer es central en el desarrollo humano y de las sociedades: sobre ella recae la responsabilidad, y los riesgos, del proceso reproductivo, tanto en lo biológico como en lo social. Reducir la salud de las mujeres sólo a la salud materno-infantil, a la vida reproductiva, enfoque esencial hace 30-40 años por las altas cifras de mortalidad para ambos integrantes del binomio madre-hijo, resulta hoy plenamente insuficiente al omitir otras dimensiones de gran importancia, con la mujer vista como un sujeto que desempeña una amplia gama de roles en la sociedad contemporánea, y a la luz de los nuevos desafíos epidemiológicos que enfrenta el país.

En diversos foros internacionales - Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Septiembre 1994; Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, Copenhague, Marzo 1995; Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, Septiembre 1995 - se ha señalado en los años recientes la necesidad de ayudar a las mujeres a desarrollar sus distintos roles sociales - reproductora, cuidado del hogar y los hijos, agente productivo - con el menor impacto posible sobre su salud y su calidad de vida. La mujer, como principal responsable de la salud y la educación familiar, tiende a asumir estas múltiples tareas descuidando sus necesidades, con el obvio deterioro de su propia condición.

El año 1994 el Ministerio de Salud adopta la decisión de transformar el tradicional Programa de Salud Materna y Perinatal en un Programa de Salud de la Mujer, el cual, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo con los excelentes indicadores alcanzados (mortalidad infantil y perinatal, mortalidad materna), se propone agregar aspectos de salud no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el período postmenopáusico) e incorporar el enfoque de Género en las actividades programáticas.

Los cambios demográficos, culturales y socioeconómicos que ha experimentado la sociedad chilena en las últimas décadas, se expresan con particular fuerza en el mundo femenino. La nueva orientación propuesta de las actividades de salud destinadas a la población femenina es coherente con el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1994 - 1999, formulado por el Servicio Nacional de la Mujer, con cuyo cumplimiento nuestro Ministerio se ha comprometido.

El aumento de la expectativa de vida, ha desplazado la mortalidad femenina hacia la mujer adulta mayor (2/3 de las muertes ocurren en la mujer mayor de 65 años). Pese a la mayor expectativa de vida (7 años más que los hombres), las mujeres presentan mayores problemas de morbilidad y situaciones de desigualdad de género (" las mujeres viven más pero no viven mejor ").

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital. La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Durante los años de la vida reproductiva, los cuales coinciden con el ingreso de la mujer al mundo laboral, la mujer que trabaja fuera de la casa se enfrenta a una situación de tensión entre ambas responsabilidades. El Papa Juan Pablo II, en su " Carta a las mujeres " (Junio 1995) denuncia elocuentemente esta situación : " Baste pensar en cómo a menudo es penalizado, más que gratificado, el don de la maternidad, al que la humanidad debe también su misma supervivencia. Ciertamente, aún queda mucho por hacer para que el ser mujer y madre no comporte una discriminación " .

El concepto de **Salud Reproductiva** (S.R.), definido en los recientes eventos internacionales citados, tiene como objetivo central permitir que padres saludables puedan tener un hijo sano, fruto de una decisión responsable y compartida, sin comprometer su propio estado de salud. Las acciones de salud debieran concentrarse en el nivel primario de atención y orientarse a la posibilidad de lograr un *embarazo deseado*.

Como principios rectores en S.R. se han señalado : aspectos éticos personales y sociales; los derechos reproductivos; focalización en grupos más marginados y vulnerables; la equidad de género; la calidad de atención y la calidad de vida; la integración de los diferentes servicios disponibles; la participación social; la sustentabilidad de las acciones en el nivel local (descentralización). Estos principios forman parte de las políticas definidas por la actual gestión ministerial.

La salud mental de las mujeres es un área de preocupación reciente, ya que históricamente las necesidades de salud de las mujeres han sido relacionadas casi exclusivamente con sus funciones reproductivas. En documento de la Organización Mundial de la Salud, presentado en Beijing (1995) se señala : "en la actual organización social hay causas suficientes para el exceso de casos de depresión y ansiedad documentados en las mujeres".

El “ Estudio de Carga de Enfermedad ” (MINSAL-Banco Mundial, 1993), que incorpora aspectos relacionados con la funcionalidad y la calidad de la vida de acuerdo a indicadores que dan cuenta de los “años de vida ajustados por discapacidad - (AVISA), revela que en las mujeres los trastornos depresivos se encuentran en segundo lugar, después de las anomalías congénitas.

En los años recientes, se ha hecho visible el serio problema social representado por la violencia intrafamiliar (" epidemia silenciosa "), tanto por su frecuencia como por las secuelas que tiene sobre las víctimas y sobre todo el entorno familiar; por tratarse de un fenómeno complejo, multicausal, requiere de un abordaje integral desde distintos sectores.

La incorporación de la mujer al mundo del trabajo en los últimos 20 años ha alcanzado un significativo aumento en nuestro país. La superposición de roles- reproductivo, productivo y, doméstico - impone al organismo femenino una gran sobrecarga (doble, o triple, jornada laboral), cuyas repercusiones sobre los distintos componentes de su estado de salud - física, síquica, social - pueden provocar diversas alteraciones. El bienestar de la mujer trabajadora incidirá sobre su vida personal y familiar y, finalmente, sobre toda la sociedad.

Al terminar la presentación de la propuesta normativa del Programa de Salud de la Mujer, resulta oportuno citar de nuevo al Papa Juan Pablo II : " Los graves problemas sobre la mesa, en la política del futuro, verán a la mujer comprometida cada vez más. En diversos campos será preciosa una mayor presencia social de la mujer, porque contribuirá a manifestar las contradicciones de una sociedad organizada sobre puros criterios de eficiencia y productividad, y obligará a replantear los sistemas en favor de los procesos de humanización que configuran la 'civilización del amor ' ".

El Ministerio de Salud comparte plenamente estos planteamientos, cuya materialización requerirá de un activo proceso de integración multisectorial y de participación social, en especial de las propias mujeres. El cuidado de la salud de la mujer es un derecho esencial cuya satisfacción adecuada es nuestra responsabilidad; la participación en el cuidado de la propia salud y de su grupo familiar es una tarea a la cual debe contribuir la sociedad toda.

DR. ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

INTRODUCCION

I. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Sobre la mujer, principal responsable de la reproducción biológica - la cual obviamente no puede delegar - recae la mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo : complicaciones del embarazo y parto; aborto practicado en condiciones riesgosas; uso de métodos anticonceptivos; mayor vulnerabilidad ante infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado los conceptos de Salud Reproductiva y Sexual, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y, ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). En un documento técnico, la Organización Panamericana de la Salud (1995) integra ambos conceptos : "se puede definir la salud sexual y reproductiva como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y, de tener y criar hijos saludables " .

El concepto de Salud Reproductiva (S.R.) se halla en pleno desarrollo; está centrado en las personas como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas, de su familia. Es un proceso continuo, a lo largo del ciclo vital de la mujer : se inicia en la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce en la vida adulta; sus consecuencias persisten en el período post- reproductivo pueden persistir efectos del período reproductivo (p.ej. obesidad).

Derechos Reproductivos : derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

Las acciones básicas en S. R. incluyen : Educación Sexual - Control embarazo y parto - Planificación Familiar - Prevención E.T.S., incluyendo SIDA. En nuestro país, estas acciones han alcanzado un grado variable de desarrollo : excelente cobertura en control de embarazo y atención profesional del parto; 30 años de exitosa experiencia en Planificación Familiar, aún cuando persiste como problema el Aborto Inducido (considerado signo de demanda no satisfecha de la población usuaria).

Las acciones a entregar dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud, debieran tender a ofrecer servicios integrados, que permitan una optimización en el uso de los recursos disponibles; a modo de ejemplo, durante el control prenatal, realizar acciones de detección precoz de cáncer cervico-uterino, vigilancia y control de E.T.S., consejería sobre paternidad responsable, lactancia, etc.

La protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de la vida, resulta fundamental, tanto para la madre como para su hijo/a (control prenatal, estimulación sicoafectiva del feto; atención adecuada del parto, lactancia natural prolongada, estimulación del desarrollo sicosocial del niño, control de salud infantil, vacunaciones). El período postparto es un estado de transición desde la estrecha dependencia que se establece entre madre e hijo/a durante el período intrauterino hacia un período de mayor autonomía para ambos; este período es esencial para la recuperación de la madre, para el desarrollo de los niños, para el aprendizaje de las funciones parentales, y para que se establezca un vínculo afectivo sólido entre los ambos padres y sus hijos/as.

" Una civilización que ya no ama a sus hijos es una civilización que agoniza. Y cuando en una civilización las mujeres abandonan su misión de madre o ya no saben - o no pueden - cumplirla, esa civilización está en peligro ".

El excelente nivel alcanzado por los indicadores habituales de salud materno-infantil (mortalidad materna, perinatal, infantil), unido a una tendenciadecreciente de la natalidad, permite al momento actual orientar los esfuerzos hacia una mejor calidad de los servicios que se entregan a la madre y su hijo/a. El rol de los integrantes de los equipos de salud materno-infantil debiera orientarse a ayudar a las personas a adquirir las capacidades

necesarias para el mejor desarrollo de sus tareas parentales en el espacio familiar.

La multiplicidad de factores que inciden en el logro de una adecuada S.R. exceden las capacidades del sector Salud, lo que hace necesaria una estrecha colaboración intrasectorial (trabajo interdisciplinario) e intersectorial, y una activa participación social.

En el marco de las actividades de promoción de estilos de vida saludable, se requiere incorporar el concepto de un ejercicio responsable de la sexualidad, en base a definición de Salud Sexual acordada en El Cairo, 1994 : " está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual ".

El inicio temprano, sin la adecuada información y responsabilidad individual, de la actividad sexual en los jóvenes, los expone a situaciones que pueden comprometer significativamente su salud personal y su proyecto de vida : embarazo no deseado,

aborto inducido, E.T.S. Por ello, la población adolescente debe ser objeto de una preocupación central en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva.

En reciente documento (Junio 1995), la O.P.S./O.M.S. precisa algunas características del personal de salud que trabaja en estas áreas : " la preservación de la intimidad y la privacidad de los individuos, así como el favorecer la autonomía y el proceso de la toma de decisiones, resultan básicos para quienes trabajen en los temas de salud sexual y reproductiva ".

Respecto a Planificación Familiar, uno de cuyos objetivos sigue siendo reducir los riesgos asociados a la práctica del Aborto Inducido, se estima necesario mejorar la calidad de los servicios que actualmente se entregan en esta área, orientados a satisfacer las necesidades reales de la población usuaria : aumentar la actual cobertura (18-20% de la población de mujeres en edad fértil); focalización en aquellos grupos que presentan mayores riesgos (adolescentes, mujeres con antecedentes de otros abortos); incorporación de elementos de Educación Sexual y de consejería individualizada (prevención de la reincidencia abortiva) y, en la medida de lo posible, ampliar la oferta de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles.

Como una nueva actividad del Programa, se incorpora la **Consejería en Paternidad Responsable** : es la atención individual proporcionada a la población general o a grupos específicos, con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Un aspecto que requiere ser desarrollado dentro del sector Salud se refiere a la incorporación del hombre como sujeto activo en las diversas acciones de S.R., a fin de que comparta con la mujer las responsabilidades del trascendental proceso social que representa la formación de la familia, espacio en el cual se dan los procesos de salud y enfermedad. Un primer avance en ese sentido, ha sido la presencia del padre en el nacimiento de su hijo/a; se contempla estimular su participación en las diversas actividades de control ligadas al proceso reproductivo (control prenatal, de planificación familiar, control de niño sano), como una forma de aliviar a la mujer de sus múltiples tareas.

II. ASPECTOS NO REPRODUCTIVOS

II.1. SALUD MENTAL

Salud Mental : es la capacidad de las personas y los grupos de interactuar entre sí, y con el medio ambiente, de manera de promover una condición subjetiva de bienestar, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, y el logro de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia y el bien común (OMS,1993).

El trastorno o malestar mental es la imposibilidad de las personas de utilizar en forma óptima todas sus potencialidades, por situaciones tales como la enfermedad física, la pobreza, o actitudes sociales discriminatorias, que comúnmente afectan a las mujeres. El malestar resulta del conflicto entre los factores individuales y grupales en interacción con el medio ambiente, produciendo malestar subjetivo, daño o discapacidad en el uso de las potencialidades psicológicas, incapacidad de lograr metas, y conductas destructivas.

La salud en general, y la salud mental en particular son componentes constitutivos de la calidad de vida de las personas. Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud mental, pese a lo cual la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especificidades propias de la mujer.

El enfoque integral que propone el Programa de Salud de la Mujer implica incorporar aspectos psicológicos y sociales en la atención de salud de la mujer, que contemplen las características propias de su socialización, las particularidades de su vida cotidiana y los problemas de salud propios de cada etapa de su ciclo de vida; este propósito requiere del trabajo conjunto de los equipos de salud del Programa de Salud de la Mujer y de Salud Mental.

La morbilidad psicológica encubierta, o no resuelta, constituye una de las causas del frecuente fenómeno de las policonsultas de mujeres a los servicios primarios. Las disfunciones familiares han sido identificadas como un factor de riesgo importante en la aparición de trastornos de salud mental, adquiriendo mayor relevancia en mujeres y niños. La violencia intrafamiliar y la violencia sexual, constituyen problemas emergentes, de alto riesgo de daño para la salud física y mental de las personas pero, cuya prevalencia es difícil de precisar.

Salud Mental y Género

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de estudiar la salud mental de las mujeres desde la perspectiva de género; se han enumerado una larga lista de condiciones que pueden afectar a las mujeres, resultado en menor o mayor medida de la discriminación de género (desigualdades hombres/mujeres).

La socialización de género más difundida moldea a la mujer en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, autoestima baja, dependencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma; el esfuerzo de conciliar las necesidades familiares, las del mundo laboral con las propias influye sobre el estado de salud integral de la mujer.

La incorporación del concepto de género en la atención sanitaria de la mujer requiere contar con un diagnóstico desagregado por sexo en relación a los problemas que se presentan en las distintas etapas del ciclo vital, desde la infancia a la vejez.

Salud Mental y Ciclo Vital de la Mujer

En el ciclo vital de una persona hay varias etapas sucesivas y, en cada etapa, la persona enfrenta un cierto tipo de crisis. Las crisis pueden ser normativas, de desarrollo o bien, crisis producidas por eventos accidentales; las crisis normativas son situaciones conaturales a la vida, al desarrollo personal y al ciclo vital (p.ej. adolescencia, primer embarazo, jubilación). Las crisis producidas por eventos accidentales - el divorcio, la muerte prematura de un hijo, un aborto- pueden estar provocadas por situaciones externas, como la violencia que ejerce el cónyuge o por eventos traumáticos repentinos.

En la atención de salud de las mujeres es importante llegar a identificar e introducir actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para cada etapa de la vida, en función de las crisis o tareas evolutivas que correspondan. La agudización de los estados de crisis constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres en función de la comprensión del carácter de crisis normativa o accidental.

Para enfrentar la crisis es importante de que los equipos de salud estén en condiciones de identificar el tipo de crisis; de recoger información que permita distinguir entre los niveles habituales de funcionamiento cotidiano y sintomatología o discapacidad actual; de identificar factores desencadenantes; de explorar los recursos personales y redes sociales disponibles en cada caso:trabajo, familia, educación, contactos sociales, amistades, etc.

Los equipos del Programa de Salud de la Mujer y de Salud Mental deben coordinarse para la determinación del diagnóstico de situación local, y para el diseño y focalización de las actividades de prevención, detección y atención en todas las mujeres consultantes.

II.2. NUTRICION Y SALUD DE LA MUJER

Por razones biológicas (proceso reproductivo, vida menstrual) la mujer corre un riesgo mayor de sufrir carencias nutricionales perjudiciales para su salud (anemia). En los años recientes, siguiendo una tendencia similar a lo observado en el campo de la nutrición infantil, se ha observado en nuestro país un importante incremento en la obesidad de las embarazadas: de un 12.9 % en 1987 (en base a la curva nacional vigente de Rosso y Mardones-Santander), se llega a un 22.0 % en 1992. Este fenómeno se acentúa a mayor edad y paridad de la madre.

Los riesgos de salud que en su vida futura deberá enfrentar la mujer obesa - patología cardiovascular, osteoarticular - requieren prestar debida atención a esta situación, en especial durante los años de la vida reproductiva.

II.3. SALUD, MUJER Y TRABAJO

La incorporación de la mujer al mundo del trabajo en los últimos 20 años ha alcanzado un significativo aumento en nuestro país. La incorporación de la mujer a las actividades productivas fuera del hogar ocurre simultáneamente con el período reproductivo de su vida. Junto a la delicada tarea de la reproducción (embarazo - parto - lactancia), con grados variables de riesgos para su salud; la sociedad, por su parte, le asigna a la mujer la responsabilidad del cuidado de los hijos (reproducción social) y del hogar ("división sexual del trabajo").

Esta superposición de roles - reproductivo, productivo y, doméstico - impone al organismo femenino una gran sobrecarga (doble, o triple, jornada laboral), cuyas repercusiones sobre los distintos componentes de su estado de salud - física, síquica, social - pueden condicionar diversas alteraciones.

El bienestar de la mujer trabajadora incidirá sobre su vida personal y familiar y, finalmente, sobre toda la sociedad. Por ello, es importante avanzar en la superación de las muchas dificultades que enfrentan las mujeres para compatibilizar las exigencias en el mundo laboral con el desempeño de sus otros roles sociales.

II.4.PERIODO CLIMATERICO

El cese de la función ovárica se asocia con problemas o enfermedades que alteran la calidad de vida de la mujer en el período postmenopaúsico (enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cánceres). Es una etapa del ciclo vital, de cambios complejos, moldeada por factores personales, ambientales y culturales; el entorno sociocultural en relación a la sintomatología climatérica incide en una mayor o menor aceptación por la población femenina. El climaterio no es sólo un momento inevitable del envejecimiento, también implica una transición en relación al rol de la mujer y a las concepciones sobre su sexualidad.

La atención integral de la mujer en el período post-menopaúsico, requiere un enfoque interdisciplinario y participativo, a nivel de la atención primaria; entre sus objetivos más importantes se puede señalar : mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de su vida; prevenir el desarrollo o agravamiento de patologías crónicas y degenerativas ; reducir la morbimortalidad asociada a cánceres ginecológicos. Es un momento en que la mujer también necesita ser escuchada y donde es importante entregarle información detallada y comprensible que le permitirá tomar opciones respecto a la gama de posibilidades para enfrentar de la mejor manera este período.

PROMOCION DE LA SALUD

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, o prevenibles, en las distintas etapas de su ciclo vital. La promoción en salud es una estrategia que da a las personas la posibilidad de mejorar su salud y ejercer un mayor control de los factores de riesgo que puedan afectarla ("autocuidado de la salud ").

La mujer juega un rol estratégico en la promoción de salud dentro de la familia. A fin de fortalecer su esencial función como agente de la salud familiar, y de la comunidad en que se halla inserta, se hace necesario brindarle un enfoque de salud integrador, que contemple sus diferentes necesidades individuales. Además, se requiere dar desde la más temprana edad, a través de la educación formal, una mayor valoración al proceso de construir y mantener la salud individual y familiar, mediante el aporte conjunto de los agentes de salud y, de cada individuo en particular.

ENFOQUE DE GENERO (O.P.S., 1995)

Género : conjunto de características socialmente construídas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos.

El enfoque de género en salud parte del reconocimiento de que :

- En virtud de las diferencias biológicas inherentes a los sexos y, también, de los diferentes roles que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos de salud que son exclusivos de uno de los sexos, o que se manifiestan diferenciadamente en cada uno, más allá de las relacionadas con la reproducción;
- Como resultado de la división del trabajo entre los sexos y la valoración diferencial asignada socialmente a los roles femeninos y masculinos dentro de esta división, el cumplimiento de dichos roles se asocia con grados diferentes de acceso y de control sobre los recursos necesarios para proteger la salud propia y la de los demás (diferencias de poder en la toma de decisiones que afectan la salud individual y colectiva).

Su utilización como herramienta de análisis contribuye a enriquecer los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad. Se han descrito diferencias empíricas por género en varias dimensiones :

- a) Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como femeninas o masculinas;
- b) Percepciones de enfermedad;
- c) Conductas en relación a la búsqueda de atención;
- d) Grados de acceso y de control sobre recursos básicos para la protección de la familia, tanto a nivel intrafamiliar como público (p.ej. alimentos, trabajo remunerado, información, atención médica, seguridad social);
- e) Prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

Algunos ejemplos que ilustran diferencias de género en salud : mayor mortalidad masculina por accidentes y violencias, a cualquier edad; mayor prevalencia de depresión en mujeres.

CONCLUSION

En relación a la calidad de la atención en la salud de la mujer, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la O.P.S. (1995), formula los siguientes planteamientos :

1. Integralidad de la atención a la mujer como sujeto de derecho y no como vehículo para el logro de la salud de otros. La necesidad de proporcionar una atención balanceada a todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva (embarazo, parto, aborto, anticoncepción, ETS-SIDA, problemas ginecológicos, cuidado infantil y participación paterna en el mismo), incluyendo aspectos médicos, psicológicos y sociales.
2. Reconocimiento del efecto de la doble o triple responsabilidad (reproductiva, productiva y comunitaria) sobre la salud de las mujeres de los sectores populares, y sobre las posibilidades de las mismas de asumir tareas adicionales de aprendizaje y cuidado de la salud; el concepto del " empoderamiento ", surgido en la Conferencia de El Cairo, apunta al desarrollo de capacidades para el autocuidado más que entrega de conocimientos, a una mayor autonomía y menor dependencia de las personas del sector Salud.
3. La necesidad de estimular la participación de las mujeres en la definición de sus propias necesidades y en la de las prioridades y estrategias de la provisión de servicios de calidad. La participación a estimular es la que se ejerce como derecho ciudadano en proyectos que afectan profundamente las vidas de las personas.
4. La indispensabilidad de incorporar el elemento de adecuación y suficiencia de los servicios a las necesidades de la población, así como la accesibilidad a los mismos.

Las necesidades prácticas de género apuntan a modificar la calidad de vida de las mujeres a partir de sus requerimientos inmediatos, en relación a sus distintos roles en la sociedad - reproductivo, doméstico, productivo - así como a promover relaciones más igualitarias entre géneros. La mayor presencia laboral de la mujer, con su

correspondiente aporte económico, requiere un reparto más equitativo de las tareas familiares y, hacer compatible el trabajo remunerado con el ejercicio de la maternidad y de la paternidad.

La transición demográfica y epidemiológica que experimenta el país, en términos de mortalidad y morbilidad afecta con mayor fuerza a los sectores sociales más pobres. Las acciones de salud deben tener presente este hecho, a fin de focalizarlas adecuadamente, con criterios de equidad.

El Programa de Salud de la Mujer desea incorporar en forma gradual y progresiva las distintas dimensiones a considerar en la satisfacción global de las necesidades de la mujer a través del ciclo vital; la magnitud de la tarea hace imprescindible contar con el concurso de otros sectores sociales y, con la presencia activa de las mujeres y los grupos organizados de la comunidad.

El presente documento recoge los valiosos aportes de los equipos técnicos de los Servicios de Salud y, de diversas instituciones y organizaciones interesadas en la salud femenina. El recurso profesional Matrona, cuyo aporte al logro de los excelentes resultados logrados en la salud materno-infantil nacional son indiscutidos, amplía su campo de acción al incorporar a su quehacer las dimensiones no reproductivas en la salud de la mujer.

El Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud entrega esta Norma técnica actualizada, como una herramienta que permita implementar una respuesta multidisciplinaria e intersectorial adecuada a las necesidades de salud de la mujer de hoy; como estrategia importante, se desea estimular un creciente protagonismo de la mujer en el cuidado de su propia salud, como sujeto social que ejerce un derecho básico inalienable.

Encargados Programa Nacional de Salud de la Mujer.

Ana E. Ayala González
Matrona

René Castro Santoro
Médico

PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

1. PROPÓSITO:

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

B. OBJETIVOS GENERALES:

1. Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, sicoafectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
2. Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
3. Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
4. Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

6. Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer.

C. ESTRATEGIAS PRINCIPALES:

1. Mantener, ampliar y perfeccionar la red asistencial con atención diferenciada por niveles de complejidad.
2. Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de la mujer.
3. Desarrollar un enfoque familiar de las actividades relacionadas con la reproducción humana, reconociendo los factores de riesgo y los factores favorables protectores que en ella inciden.
4. Coordinar acciones de salud con otros Programas y que aborden aspectos de salud de la mujer.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y la familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación.
6. Potenciar y desarrollar la educación grupal y el trabajo con grupos organizados de la comunidad para difundir y promover la adopción de conocimientos, conductas y hábitos que favorezcan la salud y el desarrollo sicoafectivo de la mujer y su grupo familiar.
7. Promover la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la incorporación de los diferentes actores sociales de la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud para la resolución de sus propios problemas de salud.

ORIENTACIONES GENERALES :según etapa del ciclo vital

I. ETAPA PRE- REPRODUCTIVA

1. Promover la disminución de enfermedades que puedan causar malformaciones congénitas (rubeola, enfermedad de chagas, toxoplasmosis) y otras patologías como anemia, infecciones urinarias, enfermedades de transmisión sexual, malnutrición, etc.
2. Detectar oportunamente en las niñas, alteraciones morfológicas funcionales del ámbito ginecológico, mamas, genitales externos y signos de madurez sexual.
3. Promover la prevención a exposición a agentes tóxicos tales como: alcohol, tabaco, drogas, pesticidas, agentes químicos, ambientales, etc.
4. Promover la reducción de la ocurrencia de embarazo no planificado en la adolescente.
5. Promover la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA a través de consejería y evaluación de la exposición del riesgo propo, de la pareja (consentimiento informado)
6. Reducir la incidencia de afecciones ginecológicas que afectan la calidad de vida o exponen a daños específicos a la mujer, vulvovaginitis, procesos inflamatorios pélvicos, enfermedades tumorales, etc.
7. Promover la salud ginecológica y sexual en niñas y adolescentes. (en conjunto con Programas del Niño y del Adolescente).
8. Prevenir y pesquisar alteraciones nutricionales.
9. Recuperar la salud bucal y promover medidas de autocuidado como higiene bucal, dieta equilibrada y otras.

10. Promover y estimular a las mujeres en edad fértil para que consulten antes de concebir un hijo especialmente a mujeres con patología (Diabetes,Hipertensión, cardiopatía,enf.renal crónica) susceptible de hacer peligrar la evolución de una gestación

II. ETAPA REPRODUCTIVA

1. Vigilar el desarrollo del proceso de la gestación a través del control prenatal, con enfoque perinatólogo de alto riesgo biosicosocial, a través de la acción integrada del equipo de salud.
2. Prevenir, detectar y tratar las afecciones agudas que comunmente complican el proceso gestacional tales como: procesos infecciosos, accidentes y enfermedades intercurrentes.
3. Controlar y tratar las afecciones crónicas , que pueden afectar el proceso gestacional: cardiopatía, nefropatía, diabetes, inmunopatías, etc.en coordinación co los especialistas correspondientes.
4. Prevenir, detectar y tratar oportunamente las afecciones propias del proceso gestacional tales como: síndrome hipertensivo, colestasia intrahepática del embarazo, infección urinaria diabetes gestacional, anemias, etc.
5. Prevenir, detectar y tratar adecuadamente los accidentes del proceso grávido puerperal: rotura prematura ovular, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, metrorragía, etc.
6. Reducir la prevalencia de embarazadas de bajo peso, obesas sobre peso y sus consecuencias sobre la gestación.
7. Preparar a la mujer para el autocuidado y la pesquisa de signos y síntomas de riesgo del embarazo, parto y puerperio.
8. Reducir la incidencia de recién nacidos de bajo peso y peso insuficiente.
9. Promover la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
10. Disminuir la incidencia de lúes congénita y complicacones derivadas de otras ETS.

11. Disminuir la transmisión vertical del VIH en mujeres VIH conocidas
12. Favorecer la evolución fisiológica del embarazo.
13. Prevenir la repetición de abortos reducir sus complicaciones
14. Asegurar la atención institucional y profesional del parto favoreciendo la participación de las parejas en el parto, como el acompañamiento de la familia en el post parto.
15. Reducir la incidencia de complicaciones inherentes a la atención del parto y puerperio.
16. Prevenir la incidencia de infecciones intra hospitalarias
17. Asegurar la atención institucional y profesional del recién nacido.
18. Facilitar en forma temprana, el vínculo afectivo del recién nacido con la madre, padre y familia
19. Prevenir la incidencia de enfermedades graves en el recién nacido, tales como: lúes, tuberculosis, traumatismos del parto.
20. Orientar para el acceso libre e informado de la mujer y pareja a la planificación familiar en el período de post parto y post aborto.
21. Otorgar atención nutricional y dietética adecuada a la situación de cada embarazada o puérpera que lo requiera.
22. Prevenir en la mujer la depresión post parto.

III. AREA POST REPRODUCTIVA

1. Fomentar un buen desarrollo de las condiciones biológicas, sicoafectivas y sociales de la mujer en el período postmenopáusico, para enfrentar adecuadamente esta etapa vital, a través de los cuidados de su salud y la modificación de factores adversos que inciden en ella.
2. Reforzar y elevar el nivel de salud general en las mujeres, desde el período premenopáusico, mediante servicios educativos que hagan más

favorable el proceso fisiológico del climaterio y la tercera edad.(enfoque anticipativo)

3. Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, desde el período pre-menopáusico, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo biosicosocial y la prevención de daños específicos, tendientes a mejorar la calidad de vida.
4. Reducir la morbimortalidad general y ginecológica a través de una atención de salud integral en los diferentes niveles de complejidad
5. Prevenir y tratar los síntomas y cambios orgánicos producidos por el cese de la función ovárica.
6. Promover la prevención del embarazo no deseado en mujeres mayores de 40 años.
7. Promover hábitos de vida saludable y promover la detección precoz de Patologías del Adulto.
8. Reducir la morbimortalidad por cáncer ginecológico
9. Promover la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
10. Prevenir y tratar la aparición de caries y enfermedades periodontal.
11. Implementar sistemas que permitan acercar a la mujer post menopáusica a los centros de atención.
12. Ampliar y perfeccionar la red asistencial para una atención integral de las mujeres desde el período pre-menopáusico a la senectud.
13. Integrar al grupo familiar al cuidado de la salud y actividades de la adulta mayor.
14. Promover la coordinación intersectorial y la participación comunitaria en la atención de la adulta mayor.
15. Promover e implementar programas y acciones educativas orientadas al mejoramiento de la salud de la mujer.
16. Lograr una cobertura adecuada en el control de salud de la adulta mayor, con participaciób de los Servicios de Salud y la comunidad.

17. Capacitar al equipo de salud para la atención de la adulta mayor con un enfoque de riesgo, manejo y derivación oportuna en los diferentes niveles.
18. Potenciar y desarrollar la educación individual y grupal que promueva la adopción de hábitos y conductas que favorezcan la salud y una mejor calidad de vida.
19. Utilizar la educación grupal para promover y difundir el conocimiento y la adopción de hábitos y conductas que favorezcan la salud, y una mejor calidad de vida de la mujer adulta mayor.
20. Desincentivar en la mujer adulta mayor, el hábito de fumar, la ingestión de alcohol, el sedentarismo y la automedicación.
21. Educar a la mujer adulta mayor para la detección precoz del cáncer de mama, mediante la técnica del autoexamen y por ende una consulta médica oportuna.
22. Efectuar el examen de citología cervical en la mujer adulta mayor según normativa vigente.

NIVELES DE ATENCIÓN

La organización de la atención en diferentes niveles de complejidad, tiene como objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de asegurar un máximo de cobertura, con la mayor capacidad resolutive y con buena calidad

En el programa el **primer nivel de atención** está representado por los Consultorios Urbanos, Rurales, Postas y Estaciones Médico-Rurales, que son atendidos, por un equipo profesional multidisciplinario. El objetivo de este primer nivel es lograr el máximo de cobertura en la vigilancia de algunos procesos biológicos expuestos a riesgos, que tiene la mujer durante su ciclo vital.

El Sistema **debe responder** a la demanda de atención efectuando los controles y consultas. Fomenta y promueve el autodiagnóstico de riesgo y el desarrollo de habilidades que permitan tomar decisiones que puedan eliminar o disminuir los riesgos a los que las mujeres se ven enfrentadas. Educa y apoya con beneficios sociales y legales a la mujer, educa y da satisfacción a la demanda de morbilidad de la mujer derivando en forma oportuna al nivel de complejidad superior cuando es pertinente.

Para el cumplimiento de este objetivo este primer nivel de atención se proyecta a la comunidad con sus recursos, coordinándose con las organizaciones propias de él a fin de estimular actitudes favorables para la salud. Debe lograr que la comunidad reconozca los beneficios que se logran y confíe su salud al Sistema.

El **segundo nivel de atención** está representado en esta estructura en los Centros de Diagnósticos Terapéutico (CDT),Centros de Referencia con los Consultorios Especializados. El nivel de diferenciación de la especialización de este nivel depende de las características propias de cada Servicio de SALud en el país, los más frecuentes son:

- a. Consultorio de Alto Riesgo Obstétrico Perinatal
- b. Consultorio de Ginecología
- c. Consultorio de Enfermedades de Transmisión Sexual
- d. Oncología Ginecológica (Patología Cervical)
- e. Patología de Mama.
- f. Climaterio.
- g. Otros

Este nivel es atendido por profesionales especialistas. Es el soporte técnico que apoya al primer nivel de atención. recibe las referencias del primer nivel de atención; confirma la morbilidad referida; realiza estudios especiales; trata la patología que puede ser resuelta ambulatoriamente; y refiere al nivel terciario de atención cuando es pertinente.

Cuando el primer nivel ha logrado un alto grado de desarrollo, este nivel debe diferenciarse en tantas especialidades como sea necesario para dar un apoyo más adecuado a los distintos problemas que le son referidos.

El **tercer nivel de atención** está representado por un Hospital que tenga las condiciones para realizar acciones de atención cerrada: la atención integral del parto; atención progresiva del recién nacido y atención de la patología Gineco-obstétrica de mayor gravedad que requiere de atención intrahospitalaria

En la organización del Programa este nivel está representado por los Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, y por las unidades especializadas responsables del tratamiento del embarazo patológico, del aborto o procesos infecciosos pelvianos de ginecología y de neonatología.

La política vigente de atención del parto por profesional intrainstitucional, requiere acoger a todas las gestantes y asistir los partos con el máximo de cobertura, para lo cual debe disponer de los elementos necesarios para evitar y tratar sus complicaciones. Esto significa que la estructura del Programa , debe estar doblemente preparada con todos los recursos para dar servicios con el máximo de cobertura, con una atención que incluya una eventual intervención quirúrgica y la asistencia del recién nacido.

El **cuarto nivel de atención** del Programa tiene desarrollo variable según los Servicios de Salud en el país. Está representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo para pacientes en estado crítico. Este nivel se ha ido diferenciando del tercer nivel a medida que se dispone de mejores conocimientos y de tecnología especializada para el tratamiento de los pacientes.de mayor complejidad.

NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

CONTROL PRECONCEPCIONAL

I. DEFINICION:

Es la atención integral proporcionada por Matronas en Consultorio de atención Primaria a la mujer en edad fértil que desea iniciar o posponer un embarazo.

II. OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer en etapa preconcepcional.

III. OBJETIVO ESPECIFICO

- 3.1.** Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal, posibilitando su intervención a fin de garantizar el inicio de embarazo en condiciones de salud favorables.
- 3.2.** Detectar y referir oportunamente a las mujeres en edad fértil a las cuales se pesquisa condiciones que afecten su salud biosicosocial.
- 3.3.** Facilitar el acceso de la mujer que desea posponer el embarazo a los servicios de planificación familiar.
- 3.4.** Favorecer el inicio precoz de control de embarazo

IV. ACCIONES:

4.1. Anamnesis:

Datos generales: identificación completa, previsión, escolaridad, estado civil, fecha de nacimiento, edad, RUT, domicilio habitual, actividad laboral, educación, ingresos familiares, aspectos de vivienda, agua potable.

Identificar factores y conductas de riesgo a exposición de VIH tanto de la mujer como su pareja (N° de parejas anteriores ; compartir jeringas, trabajadores sexuales)

Antecedentes mórbidos: familiares, personales, pareja, remoto y actual, incluido hábitos y adicciones.(Tabaco,droga,alcohol).

Antecedentes gineco-obstétricos; historia gineco-obstétrica sexual, presencia de disfunciones sexuales uso de métodos anticonceptivos, tratamientos hormonales, antecedentes de recién nacido con patología.

4.2. Examen físico:

- observación del estado general piel y fanéreos, peso, talla, signos vitales, cavidad bucal, faringe, abdomen, extremidades.
- evaluación de estado nutricional , indice masa corporal, índice cintura-cadera.

4.3. Examen físico protocolizado de mama

4.4. Toma de muestra para citología cervical (PAP) si corresponde.

4.5. Examen ginecológico

4.6. Solicitud de exámenes de acuerdo al caso. Grupo y RH; VDRL; hematocrito; glicemia; orina completa, etc.Solicitud del Test de Elisa para detección de VIH

4.7. Diagnóstico

4.8. Referencia a niveles de mayor complejidad cuando el caso lo requiera.

4.9. Registro de la actividad en:

- ficha de control
- carné de control
- informe diario de actividades

4.10. Educación para la Salud: los énfasis de este aspecto de la actividad son:

- orientación sobre salud reproductiva
- orientación sobre las actividades de fomento y protección que ofrece el Programa.
- orientación sobre la importancia del control periódico y cumplimiento de indicaciones.
- Prevención de la Transmisión del VIH /SIDA
- Consejería Antitabáquica si es necesario

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : 2
INSTRUMENTO : hora matrona
RENDIMIENTO : 3 controles por hora

CONTROL PRENATAL

1. DEFINICION:

Es la atención integral sistemática y periódica, con enfoque de riesgo que se otorga a la embarazada.

En condiciones óptimas se recomienda iniciar antes de las 12 semanas de amenorrea.

2. OBJETIVO:

Controlar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda, y preparar a la madre y su pareja, física y psíquicamente para el parto y el cuidado de su hijo.

3. PRIMER CONTROL :

3.1. Objetivos:

2.1.1. Establecer el diagnóstico de embarazo

2.1.2. Evaluar a la embarazada de acuerdo a factores de riesgo biomédico, psicosocial y laboral.

2.1.3. Motivar a la embarazada en la continuidad y cumplimiento de las indicaciones, destacando la importancia del seguimiento de la evolución del embarazo en compañía de su pareja.

3.2 ACCIONES:

3.2.1. Anamnesis:

- Datos generales: identificación (según carné de identidad), dirección, previsión, estado civil, escolaridad, ocupación, deseo de embarazo, etc.
- Nombre, edad y actividad del progenitor
- Antecedentes mórbidos generales personales y familiares. hábitos y adicciones.(Tabaco, droga,alcohol)

- Antecedentes gineco-obstétricos y perinatales
- Experiencia de lactancia
- Evolución del embarazo actual, última menstruación (FUR), grado de confiabilidad.
- Identificar factores y conductas de riesgo a exposición de VIH tanto de la mujer y su pareja (N° de parejas anteriores, compartir jeringas, trabajadores sexuales)
- Anamnesis psicosocial

3.2.2 Examen físico:

- Talla
- Peso
- Presión arterial
- Temperatura, si el caso lo requiere
- Examen bucofaríngeo, cuello, abdomen y extremidades.
- Examen de mamas
- Examen ginecológico si es necesario
- Frotis cervical (PAP) si no hay contraindicaciones y si corresponde a normativa vigente.

3.2.3 Clasificación de la embarazada según factor de riesgo de acuerdo a norma vigente. Consignar en forma destacada en la ficha (franja de color en extremo, por ejemplo).

3.2.4. Clasificación del estado nutricional de la embarazada de acuerdo a normativa vigente.

3.2.5. Solicitud de exámenes de laboratorio:

- Clasificación de grupo sanguíneo y factor Rh.
- Hematocrito-Hemoglobina
- Glicemia
- Orina completa
- VDRL o RPR
- Serología Chagas en regiones endémicas
- Ecografía precoz (antes de las 20 semanas de gestación).
- Solicitud de Test de Elisa para detección de VIH de acuerdo a norma vigente.

- Otros que se estime necesarios

3.2.6. Indicaciones terapéuticas:

- Vitaminas y minerales (Vitamina D, Fierro, Calcio)
- Medicamentos según necesidad

3.2.7. Referencia a odontólogo según condiciones de riesgo

3.2.8. Referencia a servicio social según condiciones de riesgo

3.2.9. Referencia a nutricionista según condiciones de riesgo

3.2.10. Referencia a psicólogo según condiciones de riesgo y disponibilidad de recurso.

3.2.11. Indicaciones generales y educación individual con énfasis en:

- El control prenatal y la importancia de la participación del padre en el proceso.
- La alimentación equilibrada
- La salud bucal
- Beneficios legales de la embarazada y su recién nacido.
- Importancia de la preparación para la lactancia natural.
- Medidas de prevención para evitar la aparición de complicaciones más frecuentes del embarazo y puerperio.
- Consejería antitabáquica (si es necesario)

Estos contenidos pueden socializarse a través del embarazo en los sucesivos controles.

3.3.12. Registro de la actividad en:

- Ficha maternal (SIP)
- Carné maternal
- Hoja de estadística diaria y mensual

4. EL SEGUNDO CONTROL Y LOS RESTANTES TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

- Control de evolución del embarazo y crecimiento fetal
- Pesquisar signos y síntomas de morbilidad
- Evaluar modificación de factores de riesgo
- Modificar conductas inadecuadas para prevenir morbilidad durante la gestación.
- Evaluar cumplimiento de indicaciones

4.1. ACCIONES:

4.1.1. Revisión de anamnesis, completando datos y antecedentes si es necesario.

4.1.2. Exámen Obstétrico :

- medición de altura uterina
- palpación de presentación
- auscultación de latidos fetales

4.1.3. Efectuar exámen físico agregando :

- Análisis de FUR y FPP según ecografía precoz.
- Estimación de peso fetal y cantidad de líquido amniótico.
- Evaluación del bienestar fetal
- Evaluación del estado nutricional

4.1.4. Solicitar los siguientes exámenes:

- Orina, si es necesario
- VDRL (segunda determinación a las 28 semanas).
- Screening de diabetes a las 24 a 28 semanas según factores de riesgo.
- Hematocrito y hemoglobina (28 a 32 semanas).

4.1.5. Interpretación de resultado de exámenes de rutina y solicitud de exámenes complementarios en caso necesario.

- 4.1.6. Efectuar evaluación de riesgo (igual que en 3.3.).
- 4.1.7. Prescripción de tratamiento y/o derivación para una atención de mayor complejidad según normas técnicas de referencia.
- 4.1.8. Analizar la responsabilidad en el autocuidado y evaluar la efectividad de las indicaciones entregadas a la embarazada.
- 4.1.9. Otorgar certificados de beneficios legales
- 4.1.10. Derivación a Hogar de Embarazadas y/o Colocación Familiar, cuando el caso lo requiera.
- 4.1.11. Indicaciones generales y educación individual (igual 3.11.) agregando según edad gestacional:
- Fomento a la lactancia materna
 - Importancia del "apego"
 - Importancia de cumplir las indicaciones de tratamiento y/o derivación a niveles de mayor complejidad.
 - Importancia del Control post parto y Recién Nacido.
 - Educación para el parto a embarazada y su pareja
 - Orientaciones sobre regulación de fecundidad.
- 4.1.12. Registro de la actividad (igual que en 3.12)

COBERTURA : 100% de las embarazadas
CONCENTRACION : mínima 7 controles
INSTRUMENTO : hora matrona
hora médico Gineco-Obstetra.
RENDIMIENTO : 3 por hora

La periodicidad de control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico, evaluado en el primer control o su detección en los controles posteriores.

CONTROL DEL DESARROLLO PSICOAFECTIVO DEL FETO Y PREPARACION PARA EL PARTO Y POST PARTO. (SALUD MENTAL PERINATAL)

DEFINICIÓN :

Es la atención grupal proporcionada por un equipo de salud a un grupo de mujeres embarazadas que optativamente sean acompañadas por su pareja a través de un trabajo grupal que permita una interacción entre la madre, padre y feto, para establecer el vínculo afectivo, sensorial, psicológico, durante el embarazo su preparación para el parto y ayudar a ambos padres a desarrollar sus respectivos roles parentales.

2. OBJETIVO :

- Otorgar atención a la mujer embarazada con su pareja, para favorecer la responsabilidad de la familia como núcleo social primario en la provisión de cuidado y afecto.
- Favorecer el desarrollo del feto a través de una interacción psicoafectiva de la madre el feto y el padre.
- Motivar la acción de sus participantes sobre los conocimientos para que desarrollen la creatividad individual.

Acciones :

Informar y orientar mediante técnicas de participación activa, acerca de :

- Desarrollo fisiológico del feto .
- Influencia de las sensaciones y/o emociones positivas o negativas que pueden tener consecuencias en el desarrollo del feto.
- Importancia de vivir en condiciones armoniosas que le proporcionen una vida psíquica equilibrada , a cubierto del estrés.
- Desencadenamiento de fenómenos biológicos en relación a stress e influencia en el medio biológico para el desarrollo del feto
- Realizar ejercicios de preparación psicoprofiláctica para el parto.
- Característica y cuidados durante el periodo post-parto.
- Rol de la familia en el desarrollo y salud del niño.

1. Sesiones educativas

Contenidos:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor del hombre y la mujer.

- Desarrollo embrionario y su medio ambiente
- Embarazo normal
- Relación sicoafectiva
- Técnicas de relajación
- Técnica de envío de sensaciones positivas para contribuir al desarrollo armonioso del feto.
- Importancia de llevar una vida sana y equilibrada, feliz, activa sin excesos
- Desarrollo del sistema sensorial fetal
- Evaluación kinésica
- Ejercicios de preparación para el parto
- Técnica de relajación.
- Ejercicios de Respiración y oxigenación.
- Visita a la Maternidad.
- Preparación para atender a su hija/o.
- Preparación para asumir los respectivos roles parentales (madre, padre).

COBERTURA : EMBARAZADAS BAJO CONTROL

CONCENTRACIÓN : 6 SESIONES grupales

INSTRUMENTOS : MATRONA, PSÍCÓLOGA, Kinesióloga.

RENDIMIENTO : 1 POR HORA,(GRUPOS DE MÍNIMO DE 6, MÁXIMO DE 10)

CONTROL DE PUERPERIO

1. DEFINICION:

Es la atención integral y con enfoque de riesgo que se otorga a la puérpera hasta los 42 días después del parto.

2. OBJETIVOS:

Controlar la evolución normal de este período, prevenir y detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio recién nacido y lactancia.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis con énfasis en los antecedentes del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

3.2. Pesquisar alteraciones de la esfera emocional y social

3.3. Pesquisar factores de riesgo psicosocial

3.4. Examen físico general:

- **Control de signos vitales**
- **Control de peso**
- **Examen de mucosas y piel**
- **Examen de mamas**
- **Control de involución uterina**
- **Observación de loquios**
- **Revisión de cicatrización de herida operatoria cuando corresponda.**
- **Revisión de genitales externos (perineotomía)**
- **Revisión de extremidades inferiores**

3.5 Proscribir la lactancia materna en mujeres VIH positiva conocidas.

3.6. Curación y/o extracción de puntos

3.7. Evaluación de técnicas de amamantamiento y cuidados del pezón.

- 3.8. **Solicitud de exámenes si el caso lo requiere**
- 3.9. **Prescripción de medicamentos según necesidad**
- 3.10. **Otorgar certificados de beneficios legales**
- 3.11. **Notificación de IIH**
- 3.12. **Citación a control o referencia, según sea el caso**
- 3.13. **Consejería y citación a Regulación de Fecundidad**
- 3.14. **Educación a la puérpera y su pareja:**

Temas recomendados:

- **Cuidados del puerperio y el recién nacido**
- **Alimentación equilibrada**
- **Lactancia materna (cuidados de las mamas y refuerzo de las técnicas de amamantamiento)**
- **Importancia del control del recién nacido en el Consultorio.**
- **Importancia de la inscripción del recién nacido o mortinato en el Registro Civil.**
- **Rol del padre en el puerperio**
- **Actividad sexual**
- **Regulación de fecundidad**
- **Prevención de VIH/SIDA**

3.14. **Referencia a otros programas según necesidad**

3.15. **Registro de la actividad en:**

- **Ficha maternal**
- **Carné maternal**
- **Hoja de estadística diaria y mensual**

COBERTURA : 100% de las puérperas

CONCENTRACION : mínima, un control

INSTRUMENTO : hora matrona

RENDIMIENTO : 3 puerperas por hora

CONTROL DE SALUD DEL RECIEN NACIDO

1. DEFINICION:

Es la atención que se otorga al recién nacido consultorio con el primer control de la puerpera hasta los 28 días de vida.

2. OBJETIVO:

Iniciar el control de salud del niño y pesquisar morbilidad y/o factores de riesgo.

3. ACCIONES:

- 3.1. Anamnesis sobre los antecedentes del embarazo y parto**
- 3.2. Antecedentes del recién nacido**
- 3.3. Examen físico general del recién nacido**
 - Antropometría**
 - Evaluación del estado nutritivo**
 - Evaluación de reflejos**
- 3.4. Evaluación tipo de alimentación y/o dificultades en el amamantamiento.**
- 3.5. Toma de muestra de examen de P.K.U., si es necesario.**
- 3.6. Evaluación del cumplimiento de indicaciones**
- 3.7. Reforzar educación a la madre en relación a :**
 - Lactancia materna exclusiva**
 - Cuidados generales e higiene del recién nacido**
 - Vacunas**

- Importancia de la estimulación precoz del R.N.
- Importancia del control del niño en el consultorio
- Importancia del control odontológico del niño sano en el consultorio.

3.8. Referencia y/o citación a control de salud según sea el caso.

3.9. Registro de la actividad en:

- Ficha infantil
- Carné infantil
- Hoja de estadística diaria y mensual de actividades
- Carné Maternal

COBERTURA : 100% de la demanda recién nacidos

CONCENTRACION : mínima un control

INSTRUMENTO : Hora Matrona

RENDIMIENTO : 3 por hora

VACUNACION BCG EN EL RECIEN NACIDOI.

DEFINICION:

Es la administración de vacunas BCG al Recién Nacido (BRN.) en el tercio superior del brazo izquierdo.

II. OBJETIVO:

Inmunizar contra la tuberculosis (TBC) todos los recién nacidos para disminuir el riesgo de la Meningitis TBC y la TBC miliar sustituyendo la infección natural virulenta y no cuantificable por una infección avirulenta y medible.

III. COMPOSICION DE LA VACUNA:

La vacuna BCG es una vacuna viva que contiene en cada dosis un promedio de 1.500.000 unidades viables de la cepa.

IV. COMPOSICION:

Mantener la vacuna en refrigerador y termo de transporte entre 2° y 8° C y protegida de la luz solar directa e indirecta. La luz del sol directa destruye el 50% de los bacilos en 5 minutos y bajo la luz del sol indirecta en 15 minutos.

V. PRESENTACION:

Frasco de 10 dosis de vacuna liofilizada con su respectivo diluyente.

VI. VACUNACION:

6.1. Insumos:

- Jeringas graduadas en 0.1 cc.
- Vacuna BCG: frasco de vacuna liofiizada de 10 dosis
- registros del establecimiento y de la madre
- termo y termómetro de conservación de vacunas

6.2. Procedimientos:

- diluir el frasco con el diluyente. Este debe estar a
- temperatura e 2° y 8°. Al diluirlo debe usarse solamente por 6 horas.

- Cargar jeringa de uso individual con 0.1 ml de vacuna.
Dado a mortalidad de los bacilos que ocurre durante la distribución y empleo de la vacuna es acumulativa, se debe cargar la jeringa y administrar de inmediato la vacuna. Solo entonces se debe proceder a cargar la jeringa siguiente.
Tomar el brazo en forma segura y administrar 0.1 ml de vacuna vía intradérmica.
- Eliminar la jeringa y aguja según precauciones universales.
- Educar a la madre sobre los objetivos de la vacunación y las reacciones esperadas de la vacuna.
- Registrar fecha de vacunación en el carné del niño.

6.3. Reacciones adversas:

- Corresponden a variaciones de la evolución normal de la lesión vaccinal. No usar medicamentos ni cirugía en estos casos

6.4. Registro:

- En la anamnesis preguntar la comuna donde reside permanentemente, dado que la vacunación debe registrarse por comuna de residencia.
- Registrar nombre del niño, comuna de residencia y edad en que se vacunó (0 - 28 días o mayor de 28 días), serie o lote del frasco de vacuna e identificación.
Al final del día evalúe el número de frascos usados y el número de dosis perdidas (anexo.7..)
- Enviar mensualmente los datos resumidos al Servicio de Salud, por comuna de residencia y edad de vacunación.

CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA

1. DEFINICION:

Es la atención otorgada en establecimientos del nivel primario (en las clínicas de lactancia o en atención de Urgencia de Maternidad en horarios no hábiles), al binomio madre-hijo, con el fin de mantener o recuperar la lactancia materna exclusiva, se considera como urgencia, lo cual implica atención inmediata.

2. OBJETIVOS:

2.1. Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida y su mantención hasta los 12 meses de edad (con complementación no lactea).

2.2. Lograr una lactancia exitosa reforzando la práctica adecuada de las técnicas de amamantamiento.

2.3. Tratar oportunamente los problemas relacionados con la madre y/o hijo, que dificulten o inhiban la lactancia materna.

2.4. Derivar oportunamente a centros de mayor complejidad, a las madres con patología asociada o relacionada con el amamantamiento y que no puedan ser resueltos a ese nivel.

2.5 Disminuir la Transmisión vertical de VIH/SIDA en mujer VIHpositiva conocida.

3. ACCIONES:

3.1. El ingreso a esta actividad debe ser otorgada al binomio madre-hijo en los que se haya detectado algún problema para mantener la lactancia exclusiva: falla en la técnica de amamantamiento; consecuencia de lo anterior (grietas de pezón, mastitis) madres que deben comenzar a trabajar fuera del hogar; problemas derivados del niño; etc.

3.2. El ingreso a esta consulta se hará por derivación desde:
- **Control de Puerperio**

- **Control de Salud del Recién Nacido o Lactante**
- **Consulta espontánea por problema agudo asociado a lactancia.**

4. PRIMERA CONSULTA:

Revisión y análisis de la siguiente información registrada en el carné perinatal y/o del niño.

4.1. Antecedentes del embarazo, parto y puerperio

4.2. Antecedentes del recién nacido

4.3. Antecedentes de la madre:

- **generales**
- **mórbidos**
- **gineco-obstétricos**
- **estado nutricional**
- **hábitos (alimentarios, tabaquismo, otros, etc.)**
- **laborales**
- **estado de salud bucal, antecedentes de malformaciones genéticas (fisuras labio leporino) etc.**

4.4. Realizar examen y/o enseñar técnica de autoexamen de mamas orientado a la revisión del pezón, piel de aréola, observar signos de retención, congestión, color de la piel, evaluación de existencia de dolor al amamantar y presencia de nódulos.

4.5. Examen físico del R.N. o lactante: boca, revisión de clavícula (fracturas), observación de hematomas (cabeza, rostro), revisión de genitales para pesquisar micosis.

4.6. Control de peso del niño, si procede

4.7. Evaluar técnica de colocación del niño al pecho

4.8. Observar al binomio madre-hijo durante el amamantamiento (posición, actitud general del binomio, relación, otros).

4.9. Evaluar técnica de amamantamiento (revisar posición de mano, posición de pezón, areola y posición corporal).

- 4.10. Evaluación de la succión del niño, revisando:**
- Posición de los labios del niño
 - Posición de la lengua del niño
 - Ritmo de succión
 - Puntos de compresión del pezón, signos de lividez o deformación del pezón por presión incorrecta al succionar.
- 4.11. Corregir o reforzar técnicas de amamantamiento**
- 4.12. Enseñanza de extracción manual y conservación de leche (según necesidad).**
- 4.13. Asegurar la proscripción de lactancia materna en mujeres conocidas con VIH/SIDA.**
- 4.14. Entrega de contenidos educativos orientados a las necesidades físicas y emocionales de la madre para la mantención del amantamiento**
- 4.15. Diagnóstico de acuerdo a lo encontrado:**
- Inicia y mantiene lactancia con dificultad
 - Suspende total o parcialmente la lactancia y desea reiniciarla.
- 4.16. Plan de acción y consultas de seguimiento según necesidades.**
- 4.17. Indicaciones:**
- Reforzamiento de técnica
 - Tratamiento y/o solución a los problemas encontrados
 - Refuerzo de indicaciones de alimentación a la nodriza.
 - Referencia en caso necesario a: médico, nutricionista o asistente social.
- 4.18. Citación a consulta de seguimiento, según necesidad**
- 4.19. Registro en ficha clínica**

5. SEGUNDA CONSULTA Y SIGUIENTES:

5.1. Cumplimiento del plan de acción propuesto o ajuste de acuerdo a resultado observado.

5.2. Inspección general a la madre y su hijo

5.3. Pesquisa de morbilidad asociada

5.4. Pesquisa de morbilidad de salud mental

5.5. Derivación si es necesario, a médico, nutricionista y/o asistente social.

5.6. Entrega de contenidos educativos orientados a las necesidades físicas y emocionales de la madre para la mantención del amamantamiento.

5.7. Registro de la actividad en:

- Ficha clínica
- Hoja de estadística diaria

COBERTURA : 100% de las derivaciones

CONCENTRACION : lo observado (mínimo 2)

INSTRUMENTO :

hora médico

hora matrona

hora enfermera

hora otros profesionales (nutricionista,asistente social,sicólogo)

RENDIMIENTO : observado (mínimo 2 por hora)

CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

I. DEFINICION:

Es la atención individual proporcionada a la población general o grupos específicos con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

II. OBJETIVOS:

- 2.1. Informar y orientar mediante técnicas de participación activa, acerca de salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.**
- 2.2 Considerar la exposición al riesgo de VIH/SIDA para la elección del método más adecuado y su correcto uso.**
- 2.3. Orientar acerca de como acceder a los servicios de regulación de fecundidad disponibles**
- 2.4. Contribuir a la prevención del embarazo no deseado y sus posibles consecuencias (aborto inducido, rechazo materno, abandono y maltrato infantil, violencia intrafamiliar, deserción escolar).**
- 2.5 Contribuir a la prevención de reincidencia abortiva en mujeres con sospecha y/o antecedentes de aborto provocado.**
- 2.6. Pesquisar y referir alteraciones de la fertilidad.**
- 2.7. Pesquisar, tratar y/o referir alteraciones de la esfera de la sexualidad.**
- 2.8 Promover la prevención del VIH/SIDA.**

III. ACCIONES (proceso de orientación)

En un proceso de diálogo activo entre quien orienta como quién solicita la prestación en un marco de respeto, privacidad y confidencialidad.

- 3.1. Crear un clima de confianza y empatía para ayudar a la o el consultante (es) a considerar su situación (es) personal (es), sus sentimientos y preocupaciones con respecto a la práctica de regulación de su fecundidad.**
- 3.2. Comprender y respetar los valores y actitudes de la mujer y/o pareja en relación con su sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.**
- 3.3. Analizar en conjunto, sentimientos y actitudes de la(s) consultante (s) sobre regulación de fecundidad y métodos anticonceptivos.**
- 3.4. Informar de los beneficios de la planificación familiar:**
 - satisfacción de necesidades básicas**
 - vida afectiva, sexualidad**
 - relación familiar (padres e hijos)**
 - hijos deseados**
- 3.5. Evaluar exposición al riesgo de contraer el VIH/SIDA**
- 3.6. Orientación sobre métodos anticonceptivos:**
 - demostración de métodos anticonceptivos y su correcto uso.**
 - mecanismo de acción**
 - eficacia**
 - disponibilidad**
 - costos**
 - contraindicaciones**
 - manejo de efectos secundarios**
 - mecanismos de control**

Con esta orientación básica la población recibe información y ayuda para decidir si desea usar la planificación familiar y elegir con fundamento el método que más le conviene.

- 3.7. Evaluación: devolución por parte de la consultante de la información que recibió.**

3.8. Citar o ingresar a la actividad de Control de Regulación de Fecundidad.

3.9. Registro de la actividad:

- ficha
- carné de control
- hoja de informe diario

COBERTURA : lo observado

CONCENTRACION : 1

INSTRUMENTO : hora matrona

RENDIMIENTO : 2 por hora

CONTROL DE REGULACION DE FECUNDIDAD

1. DEFINICION:

Es la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o a la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Informar a la mujer y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fecundidad y los aspectos relacionados con planificación familiar.**
- 2.2. Permitir que la mujer y/o su pareja decidan libre e informadamente sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y el método a usar.**
- 2.3. Prescribir y controlar el uso del método de regulación de la fecundidad elegido por usuarias.**
- 2.4. Asegurar a las usuarias la continuidad de la atención y el suministro de insumos de regulación de fecundidad.**
- 2.5 Promover la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA a través de consejería y evaluación de la exposición al riesgo propio y de la pareja ; consentimiento informado.**

3. ACCIONES:

3.1. Primer control: (ingreso)

3.1.1. Anamnesis:

- Datos generales: identificación completa, previsión, escolaridad, estado civil, fecha de nacimiento, edad, RUT, domicilio habitual, actividad laboral.**
- Antecedentes mórbidos: familiares, personales, pareja, remotos y actuales, incluido hábitos y adicciones.(tabaco,alcohol,drogas).**

- **Antecedentes gineco-obstétricos: historia gineco-obstétrica, sexual, uso de métodos anticonceptivos, tratamientos hormonales, etc.**
 - **Presencia de disfunciones sexuales.**
 - **Identificación de factores de riesgo biosicosocial**
 - **pesquisa de Factores de riesgo cardiovascular, hipertensión , obesidad**
- 3.1.2. Examen físico general: peso,talla,estado nutricional(según Indice masa corporal,Indice cintura cadera)**
- 3.1.3. Examen físico de mamas protocolizado, si corresponde.**
- 3.1.4. Examen ginecológico**
- 3.1.5. Toma de muestra cervical para citología (PAP).**
- 3.1.6. Inserción o control de dispositivos (en caso de traslado)**
- 3.1.7. Prescripción o control de otros métodos de regulación de fecundidad.**
- 3.1.8. Solicitud de exámenes de laboratorio:**
- **VDRL**
 - **Otros según sea el caso**
 - **Test de Elisa**
- 3.1.9. Informar a la usuaria en relación a:**
- **El método prescrito**
 - **Signos y síntomas relacionados con el uso del método.**
 - **Importancia de la periodicidad del control.**
 - **Autocuidado (autoexamen de mamas, higiene, actividad sexual, etc.)**
 - **Indicaciones terapéuticas según corresponda.**
 - **Consejería antitabáquica según corresponda.**
- 3.1.10. Derivación o referencia según normas**

3.1.11. Plan de controles según método prescrito

3.1.12. Registro de la actividad

3.2. Controles siguientes:

3.2.1. Revisión de la ficha clínica

3.2.2. Anamnesis con énfasis en:

- Características de las menstruaciones
- Aceptabilidad del método
- Efectos colaterales
- Pesquisar factores de riesgo sicosocial
- Evaluar modificaciones de los factores y conductas de riesgo de adquisición de VIH/SIDA

3.2.3. Examen físico general

3.2.4. Evaluación del estado nutricional Índice Masa corporal ; índice cintura cadera

3.2.5. Examen de mamas si corresponde

3.2.6. Toma de muestra citología cervical (PAP) cuando corresponda, según normas vigentes.

3.2.7. Examen ginecológico cuando corresponda

3.2.8. Diagnóstico y tratamiento de morbilidad relacionada con el método.

3.2.9. Derivación o referencia para una atención de mayor complejidad, según normas, cuando corresponda.

3.2.10. Reforzar educación a la usuaria en relación a:

- El método que está usando
- Signos y síntomas que sugieran complicación
- Importancia de cumplir indicaciones y tratamientos.
- autocuidado en salud.
- Educación en prevención de VIH/SIDA:

3.2.11. Citar al próximo control según normas vigentes para los distintos

métodos.

3.2.12.Registro de la actividad

COBERTURA	:	100% de la demanda espontánea (Ingresos) y población citada.
CONCENTRACION	:	3 controles en el primer año de uso. 1 control anual a antigua (según Normas de Paternidad Responsable, año 1993).
INSTRUMENTO	:	hora matrona hora médico Gineco-Obstetra.
RENDIMIENTO	:	3 controles por hora

CONTROL GINECOLOGICO PREVENTIVO

1. DEFINICION:

Es la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital.

2. OBJETIVOS:

2.1. Realizar acciones de fomento y protección de la salud integral de la mujer.

2.2. Detectar precozmente trastornos de la nutrición

2.3. Prevenir y pesquisar exposiciones a riesgos laborales y ambientales.

2.4. Prevenir y detectar precozmente alteraciones de la esfera emocional y sexual.

2.5. Prevenir y detectar precozmente afecciones ginecológicas.

2.6. Promover la detección de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

2.7. Prevenir y pesquisar factores de riesgo para patologías cardiovascular, obesidad, hipertensión, diabetes, cánceres (cervicouterino, mama, vesicular).

2.8. Pesquisar y detectar enfermedades crónicas en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer.

2.9. Pesquisar morbilidad que pueda afectar a la mujer en el período climatérico y senescencia.

2.10. Explorar aspectos de violencia intrafamiliar

2.11. Realizar adecuado seguimiento de la población femenina beneficiaria.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnésis:

- **Con énfasis en la identificación de factores de riesgo biosicosocial.**
- **Datos generales: identificación, previsión, estado civil, actividad, escolaridad, fecha de nacimiento, edad, RUT, domicilio habitual, teléfono.**
- **Antecedentes mórbidos: familiares, personales, pareja, remotos, y actuales, incluido hábitos, adicciones, pesquisa de enfermedades crónicas.**
Identificar factores y conductas de riesgo a exposición de VIH tanto de la mujer como de su pareja (Nº de parejas anteriores; compartir jeringas, trabajadoras sexuales)
- **Antecedentes gineco-obstétricos: historia gineco-obstétrica, sexual, uso de anticonceptivos, tratamientos hormonales, etc.**

3.2. Examen físico:

- **Talla**
- **Peso**
- **Estado general**
- **Signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura axilar).**
- **Evaluación estado nutricional, Índice Masa Corporal (IMC), Índice cintura cadera.**
- **Examen físico general:**
 - x bucofaríngeo**
 - x cuello**
 - x abdomen y de extremidades inferiores**

3.3 Examen de mamas protocolizado

3.4 Enseñanza del autoexamen de mamas.

3.5. Examen ginecológico

3.6. Ejercicio de Kegel si corresponde

3.7. Toma de muestra cervical para examen PAP según normativa vigente.

3.8. Solicitud de exámenes:

- VDRL o RPR
- Exámenes complementarios, específicos de laboratorio
- Solicitud de Test de Elisa

3.9. Diagnóstico

3.10. Derivación a equipo de salud intraconsultorio o a centros de mayor complejidad según norma de referencia por patología (s) detectada(s).

3.11. Educar en relación a:

- Participación en la toma de decisión en relación a actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de su salud.
- Estilos de vida saludables
- Autocuidado
- Autoexamen de mama periódico de acuerdo a normativa vigente
- Control de PAP cada tres años
- Prevención de vulvovaginitis
- Prevención de ETS y SIDA
- Prevención de la Transmisión de VIH/SIDA
- Consejería antitabáquica si corresponde.

3.12. Seguimiento de la población adscrita, de acuerdo a esquemas de control a aplicar.

Registro de la actividad en :

- informe diario de actividades.
- ficha de control ginecológico integral (incluida en la ficha del adulto).
- carné de control

COBERTURA : 80% de población femenina beneficiaria que no esta bajo control en otras actividades del Programa.

CONCENTRACION : 1 control cada 3 años, mínimo (0,333 consulta/año)

INSTRUMENTO : hora matrona

RENDIMIENTO : 2 controles por hora

CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTETRICA

1. DEFINICION:

Es la atención proporcionada a la embarazada o puérpera en el nivel primario, que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica.

2. OBJETIVO:

2.1. Diagnosticar morbilidad obstétrica

2.2. Tratar y controlar la patología hasta la recuperación de la consultante, según normas.

2.3. Derivar oportunamente a nivel de mayor complejidad

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis

3.2. Examen físico

3.3. Examen Obstétrico

3.4. Examen ginecológico si procede

3.5. Indicación de exámenes de laboratorio o complementarios, si lo requiere el caso.

3.6. Diagnóstico de patología existente y determinar grado de riesgo.

3.7. Indicación terapéutica o derivación a centro de mayor complejidad.

3.8. Otorgar licencia médica cuando proceda

3.9. Educación con énfasis en:

- **Importancia del control y del cumplimiento de las indicaciones y tratamientos.**
- **Conceptos generales de factores de riesgo y morbilidad presente.**

3.10. Citar a control si es necesario

3.11. Registro de la actividad en:

- **Ficha maternal**
- **Carné maternal**
- **Hoja de estadística diaria y mensual**

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : lo observado

**INSTRUMENTO : hora médico Gineco-Obstetra.
hora matrona**

RENDIMIENTO : 3 pacientes por hora

CONSULTA DE MORBILIDAD GINECOLOGICA

1. DEFINICION:

Es la atención proporcionada en el consultorio a la mujer en sus distintas etapas de desarrollo (infantil, adolescente y adulto) que presenta una patología propiamente tal o morbilidad dependiente del uso de algún método de paternidad responsable.

2. OBJETIVOS:

Disminuir los riesgos y efectuar tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis

3.2. Examen físico

3.3. Examen ginecológico

3.4. Formulación de hipótesis diagnóstica

3.5. Toma de muestra de citología (PAP) si corresponde, según norma vigente.

3.6. Indicación de exámenes de laboratorio y complementarios específicos según necesidad.

**3.7. Solicitud de VDRL si procede
Solicitud de Test de Elisa**

3.8. Indicación terapéutica según morbilidad

3.9. Certificación para la obtención de beneficios legales (licencia).

3.10. Educar a la mujer con énfasis en:

- **Conceptos generales de la morbilidad presente, signos y síntomas que indican complicaciones.**
- **Importancia de cumplir las indicaciones y tratamiento médico.**
- **Importancia de la prevención del cáncer cérvicouterino y mamario.**
- **Enseñanza del autoexamen de mamas**

Prevención de la transmisión de las enfermedades de Transmisión sexual y sus riesgos

Prevención de la transmisión del VIH/SIDA

3.11. Derivación al nivel adecuado de atención, cuando procede, según normas.

3.12. Registro de la actividad en:

- **Ficha clínica**
- **Carné de consulta**
- **Hoja de estadística diaria de actividades**

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : lo observado

**INSTRUMENTO : hora médico Gineco-obstetra.
hora matrona**

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

CONTROL DE CLIMATERIO

I. DEFINICION

Es la atención sistemática proporcionada a la población femenina climatérica de 50 a 64 años.

II. OBJETIVO:

Prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer.

III. ACCIONES:

**3.1. Anamnesis próxima
Anamnesis remota**

3.2. Examen físico: estatura, peso, evaluación del estado nutricional, presión arterial, examen físico de mama (protocolizado).

3.3. Toma de muestra citológica (PAP) si corresponde según norma vigente.

3.4. Examen ginecológico: observación de vulva y vagina (énfasis en el trofismo y lubricación vulvo-vaginal), visualización del cuello; apreciar tamaño, forma, posición, consistencia, superficie, movilidad y sensibilidad del útero; determinar consistencia y sensibilidad de los anexos.

3.5. Solicitud de exámenes :

-De pesquisa:- Hemograma, V.H.S., Glicemia, Perfil Lipídico, Colesterol total, H.D.L., L.D.L., Trigliceridos.

Con antecedentes de enfermedad hepática antigua, C.I.E. y hepatitis grave solicitar:

- Transaminasa oxal acética y piruvica**
- Fosfatasas alcalinas**

Con antecedentes de presión arterial elevada (mayor a 140/90 solicitar de acuerdo a norma vigente del Programa de Salud del Adulto

- Sedimento de orina - Creatinina plasmática
- Uricemia - Potasio plasmático - E.C.G.

3.6. Educar a la paciente en relación a:

- autoexamen de mamas
- hábitos: tabaco, alcohol, ejercicios,dieta

Sintomatología más frecuente de este período, secundaria a su patología.

Signos y síntomas relacionados con el uso de la terapia de sustitución hormonal.

Importancia de cumplir las indicaciones de tratamiento y derivación al nivel de mayor complejidad.

3.7. Citación a control o referencia al nivel secundario, según sea el caso (con o sin terapia de sustitución), de acuerdo a norma de manejo.

Derivación intra-consultorio; en pacientes con antecedentes o detección de patología concomitante (coordinación con Programa de Salud del Adulto

3.8 Registro de la actividad en:

- Tarjeta de control Ginecológico
- Carné de control Ginecológico
- Hoja de actividad diaria

COBERTURA : 100% de la población femenina beneficiaria que demanda esta actividad

CONCENTRACIÓN. 2 controles al año

iNSTRUMENTO : Hora Matrona

RENDIMIENTO : 3 por hora

CONSULTA POR ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL VIH/SIDA

1. DEFINICION:

Es la atención integral proporcionada en el primer nivel de atención a la mujer y su pareja, destinada a disminuir el riesgo de infección y la morbimortalidad producida por las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

2. OBJETIVO:

2.1. Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las ETS.

2.2. Controlar las ETS y prevenir las complicaciones, con énfasis en la prevención de la Lúes Congénita y de la transmisión vertical del VIH.

2.3. Realizar intervenciones educativas que promuevan el autocuidado en salud y el ejercicio responsable de la sexualidad.

2.4. Garantizar la atención expedita a las actividades de protección y recuperación.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis remota y actual , con énfasis en la identificación de factores de y conductas de riesgo para la adquisición de ETS, VIH/SIDA

3.2. Examen clínico con énfasis en el examen físico de genitales.

3.3. Indicación de exámenes de laboratorio pertinentes, según Norma.

3.4. Seguimiento epidemiológico del caso.

3.5. Indicación terapéutica al caso índice y sus contactos según norma.

3.6. Referencia a especialistas si procede, según normas vigentes.

3.7. Seguimiento del caso índice y sus contactos

3.8. Consejería pre y post toma de muestra para examen VIH asegurando la

confidencialidad de la información.

3.9. Educar en relación a :

- **Conceptos generales de la enfermedad**
- **Importancia de entregar verazmente la información solicitada con prudencia (prevención problemas pareja)**
- **Motivar para el cumplimiento de las indicaciones y asistencia a los controles.**
- **Autocuidado en relación a ETS y SIDA**
- **Aceptación del uso de métodos de barrera para prevención de ETS (preservativos).**
- **Uso correcto del Preservativo.**

3.10. Registro en:

- **Ficha clínica**
- **Tarjeta de seguimiento**
- **Carné de control**
- **Boletín individual de notificación de ETS (RMC 14)**
- **Notificación casos VIH/SIDA en formulario de auditoría correspondiente.**
- **Hoja de estadística diaria**

COBERTURA : 100% de los casos pesquisados

CONCENTRACION : según norma de ETS

**INSTRUMENTO :hora matrona
hora médico**

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

CONSULTA NUTRICIONAL EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

1.- DEFINICION:

Es la atención dietética o dietoterapéutica proporcionada a embarazadas y puérperas con alteraciones de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación, referidas por Matrona.

2.- OBJETIVO:

Otorgar atención nutricional y dietética adecuada a la situación de cada embarazada o puérpera que lo requiera, a fin de elevar su nivel de salud.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis: nutricional y clínica

3.2. Estudio y evaluación dietética:

- encuesta alimentaria
- hábitos y creencias
- evaluación cuali-cuantitativa de la dieta, etc.

3.3. Observación clínica:

- condiciones generales
- búsqueda de signos carenciales nutricionales específicos
- mediciones antropométricas

3.4. Calificación nutricional:

- embarazada: según su ubicación en la gráfica vigente: peso/talla - edad/gestacional
- puérpera: según norma (I.M.C.)

3.5. Diagnóstico alimentario/nutricional integrado

3.6. Indicaciones:

- formulación dietética o dietoterapéutica
- indicaciones alimentarias

3.7. Educación

3.8. Derivación a otros profesionales según corresponda

3.9. Citación

3.10. Registro

INSTRUMENTO : Nutricionista

RENDIMIENTO : 2 por hora

CONCENTRACION : 4

COBERTURA : 100% embarazadas y puérperas derivadas

CONSULTA NUTRICIONAL PARA LA MUJER NO GESTANTE

1. DEFINICION:

Es la atención dietética o dietoterapéutica proporcionada a mujeres no gestantes sanas o con alteraciones de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación

2. OBJETIVO:

Otorgar atención nutricional y dietética adecuada a la situación de cada mujer que lo requiera, con el objeto de mejorar tanto la situación nutricional como de salud.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis: nutricional y clínica

3.2. Estudio y evaluación dietética

- encuesta alimentaria
- hábitos y creencias
- evaluación cuali-cuantitativa de la dieta, etc.

3.3. Observación clínica:

- condiciones generales
- búsqueda de signos carenciales nutricionales específicos
- mediciones antropométricas

3.4. Calificación nutricional:

- según Índice de Masa Corporal (IMC), de acuerdo a norma

3.5. Diagnóstico alimentario/nutricional

3.6. Indicaciones:

- formulación dietética o dietoterapéutica
- indicaciones alimentarias

3.7. Educación alimentaria

3.8. Derivación a otros profesionales según corresponda

3.9. Citación

3.10. Registro

INSTRUMENTO : Hora Nutricionista

RENDIMIENTO : 2 por hora

CONCENTRACION : 1

COBERTURA :según demanda

CONSULTA NUTRICIONAL GRUPAL

1. DEFINICION:

Es la atención dietética proporcionada a un grupo de personas con características y/o problemas alimentarios-nutricionales similares, en la que se permite una interacción entre ellas y el recurso Nutricionista, a fin de fomentar y promover un estilo de alimentación saludable.

2. OBJETIVO:

Promover y fortalecer los conocimientos en alimentación y nutrición impartidos en la Consulta Nutricional Individual previa, que permita a los individuos optar por una alimentación acorde a estilos de vida saludables.

3. ACCIONES:

- 3.1. Identificación de pacientes (ficha clínica y carné de control).
- 3.2. Presentación de los integrantes del grupo (dinámica grupal).
- 3.3. Aplicación de medidas antropométricas y calificación nutricional.
- 3.4. Introducción al tema
- 3.5. Intercambio de experiencias entre los integrantes del grupo.
- 3.6. Identificación de conocimientos, mitos y creencias alimentarias.
Refuerzo de los aspectos relacionados con el objetivo de la sesión.
- 3.7. Desarrollo del tema
- 3.8. Síntesis del tema (mensajes)
- 3.9. Evaluación
- 3.10. Derivación a otros profesionales cuando corresponda (ej. ESPA).
- 3.11. Citación
- 3.12. Registro

- **Ficha clínica**
- **Carné de control**
- **Formulario diario de atenciones**

COBERTURA : a determinar según magnitud de la situación y recursos disponibles.

CONCENTRACIÓN : 4

RENDIMIENTO : 1 por hora

INSTRUMENTO : hora nutricionista

NOTA: los grupos deberán conformarse con mínimo de 4 y un máximo de 10 integrantes

ENTREGA DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL (PNAC)

1. DEFINICIÓN:

Es la entrega del complemento alimentario a la embarazada y puérpera según evaluación nutricional y de acuerdo a las Normas del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

2. OBJETIVO:

Prevenir o corregir las posibles deficiencias nutricionales

3. ACCIONES:

3.1. Calificación de requisitos

3.2. Entrega de alimentos correspondientes

3.3. Registro en:

- tarjeta maternal
- carné maternal

COBERTURA : 100% embarazadas y puérperas bajo control

CONCENTRACION : según normas del PNAC

INSTRUMENTO : hora auxiliar paramédico

RENDIMIENTO : 35 Kg. por hora

ROL DE LA ASISTENTE SOCIAL EN EL PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

OBJETIVOS GENERALES:

Incorporar la dimensión social como una variable importante de la situación de salud de la mujer.

Promover la autonomía femenina a fin de potenciar la organización y participación de la mujer.

Facilitar el acceso de mujeres en situación de riesgo o conflicto social a las redes de apoyo disponible en el nivel local.

ESTRATEGIAS:

Buscar formas de adecuar el sistema de atención de Salud a los requerimientos de la mujer trabajadora.

Incorporar en el diagnóstico de salud de la mujer las condiciones de trabajo (laborales, ambientales).

Potenciar las redes de organizaciones sociales preocupada de los problemas de las mujeres.

NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

Etapa Pre y Post Gestacional

Objetivo:

Contribuir al desarrollo de la mujer promoviendo las decisiones libres, informadas y conscientes acerca de su maternidad.

Contribuir a que las mujeres en etapa climatéricas asuman este estado como proceso normal del ciclo vital.

Actividad:

Consulta Social, Grupal y Comunitaria.

Estrategia

Desarrollo de actividades grupales y comunitarias que permitan potenciar la organización de las mujeres.

Desarrollo de talleres de apoyo y desarrollo personal, que contemple los temas de comunicación y relaciones interpersonales, familia, afectividad, relaciones de pareja, organización y participación social, mujer y poder, sexualidad, expresión corporal.

Realizar trabajos grupales que permitan efectuar una preparación para la tercera edad.

Realizar un trabajo intersectorial que potencie el trabajo en mujeres y a través del sistema escolar promover programas educativos, sobre sexualidad responsable.

Identificación de redes sociales de apoyo que permitan establecer un mayor soporte social a la mujer y su problemática.

Etapa Gestacional:

Objetivos:

- 1. Identificar y diagnosticar en forma precoz a la embarazada que presenta factores de riesgo sicosocial que pudieran interferir en el normal desarrollo del embarazo o constituirse en riesgo para el recién nacido.**
- 2. Realizar tratamiento social a aquellas embarazadas que presentan factores de riesgo sicosocial susceptibles de modificar.**
- 3. Promover el desarrollo armónico del entorno familiar y ambiental de la embarazada.**
- 4. Investigar el vínculo de la embarazada y sus hijos a fin de prevenir maltrato infantil**

.NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO DE ATENCION

OBJETIVOS:

Proporcionar atención profesional, individual y grupal a mujeres que se han practicado aborto, para que elaboren los componentes vinculados al proceso vivido, con énfasis en los mecanismos de prevención de embarazos no deseados.

Evitar o disminuir el abandono del recién nacido en maternidades a través de la coordinación interniveles en pesquisa y tratamiento oportuno. Identificar a puérperas en riesgo social que puedan incidir en la salud del recién nacido.

Realizar tratamiento social en el caso de menores rechazados o abandonados en maternidades según normas vigentes.

Promover la inscripción oportuna de los RN en el Registro Civil.

Otorgar asistencia continua a la mujer y a su grupo familiar frente a situaciones como cáncer cérvicouterino o de mamas a nivel ambulatorio u hospitalizado en todas las fases de desarrollo de la enfermedad en especial en la fase terminal.

Acciones:

Consulta Social: Es la atención que se realiza a las mujeres y su grupo familiar. con fines de orientación, diagnóstico y modificación de los factores sicosociales y culturales que inciden en el proceso salud-enfermedad y favorecer el reconocimiento de las potencialidades de la mujer y su grupo familiar en la solución de sus problemas.

Anamnesis Social:

Descripción de la situación social, económica, laboral, previsional, habitacional y medio ambiente. **Historia Social:** dinámica de la interacción familiar, nivel de participación social, reconocimiento de potencialidades individuales.

Diagnóstico Social, análisis y jerarquización de problemas: Identificación de factores condicionantes del riesgo, daño social. Identificación de redes sociales y personales de apoyo. Plan de tratamiento.

Tratamiento Social: Definir participativamente los objetivos y alternativas de acción en relación a los problemas planteados.

Seleccionar y aplicar modelos de intervención según normas y situación particular (sicosocial, en crisis, centrado en la tarea, familiar, etc.)

Plan de trabajo que incluye citas para el seguimiento y evaluación permanente.

Coordinación intersectorial y derivación a la red de apoyo cuando se requiera.

Registro: ficha clínica, ficha social

Evaluación y Cierre

VISITA DOMICILIARIA

1. DEFINICION:

Es la atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Se efectuará visita domiciliaria a las poblaciones de alto riesgo en los siguientes grupos:

- **embarazadas**
- **puérperas**
- **recién nacidos**
- **mujeres portadoras de patologías específicas**
- **mujeres adscritas a otras actividades del Programa de la Mujer que requieran.**

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Evaluar las condiciones del entorno personal y la factibilidad de modificar los factores de riesgo biosociales detectados.**
- 2.2. Evaluar la evolución de la patología y comprobar el cumplimiento de indicaciones y tratamiento.**
- 2.3. Fomentar la adhesividad al control en el Consultorio o Centro de Salud.**
- 2.4. Coordinar con redes de apoyo existentes.**

3. ACCIONES:

- 3.1. Entrevista**
- 3.2. Ejecución de acciones específicas, según sea el caso y factores de riesgo detectados durante la visita.**
- 3.3. Examen físico y/u obstétrico de la embarazada, puérpera y recién nacido, o mujer portadora de otra patología.**
- 3.4 Control de signos vitales**

- 3.5. Verificar cumplimiento de indicaciones y tratamiento, cuando corresponda.
- 3.6. Detectar y/o verificar situaciones de riesgo sicosocial familiar.
- 3.7. Observación de la técnica de amamantamiento, según sea el caso.
- 3.8. Verificar cumplimiento de tratamiento o indicaciones, cuando corresponda.
- 3.9. Reforzar contenidos educativos de acuerdo a la población objetivo

TEMAS RECOMENDADOS:

- Características y cuidados del puerperio
 - Lactancia materna, técnica de amamantamiento
 - Cuidados e higiene del recién nacido
 - Cuidado y control de patología avanzada, si procede
 - Vacunas, toma de exámenes si se requiere
 - Importancia del control
 - Autocuidado en salud
 - Paternidad Responsable
 - Redes de apoyo asistencial
- 3.10. Citación a control en Consultorio, consulta de especialidad si procede o derivar al Servicio de Urgencia Obstétrica si lo requiere.
- 3.11. Registro de la actividad:
- Ficha materna
 - Carné maternal
 - Ficha de visita domiciliaria
 - Hoja de estadística y mensual

EQUIPO : maletín de visita domiciliaria
COBERTURA : lo observado
CONCENTRACION: 1 visita
INSTRUMENTO : hora matrona
RENDIMIENTO :1 visita por hora (no considera tiempo dedesplazamiento).

EDUCACION PARA LA SALUD Y PROMOCION DE LA SALUD

A. INDIVIDUAL

1. DEFINICION:

Es un proceso de interacción educativa que ocurre durante la atención gineco-obstétrica, entre el integrante del equipo de salud y la mujer que recibe la atención

.2. OBJETIVOS:

Dar oportunidad a la embarazada, puérpera o usuaria de algún método anticonceptivo para:

-Analizar el proceso de su embarazo y puerperio, o las características de la anticoncepción y los métodos disponibles.

-Identificar conductas que constituyan riesgos para su situación actual.

-Definir acciones para prevenir estos riesgos en su embarazo y futuro hijo o, en el uso del método anticonceptivo seleccionado.

-Identificar los derechos legales que les correspondan para la toma de decisiones individuales y grupales en defensa de su acceso a ellos.

2.2.Dar la oportunidad al integrante del equipo de salud para:

establecer una adecuada comunicación empática con la embarazada puérpera o usuaria de algún método anticonceptivo a fin de comprender mejor sus problemas y orientarla en la búsqueda de soluciones.

3. ACCIONES:

3.1. Obtener la mayor información posible de la embarazada, puérpera y usuaria de anticonceptivos antes de la atención gineco-obstétrica.

3.2. Definir objetivos de acuerdo a las necesidades detectadas

3.3. Preparar la educación individual

3.4. Realizar educación a través de un diálogo permanente con la mujer,

durante su atención.

- 3.5. **Evaluar la comprensión de las madres a través de preguntas o devolución de demostraciones.**

NOTA: esta acción individual está inserta en las actividades de control prenatal, de puerperio y de paternidad responsable entregadas por el equipo del Programa Salud de la Mujer.

B. EDUCACION DE GRUPO Y COMUNIDAD

1. DEFINICION:

Es el proceso de interacción educativa que ocurre en un lapso dado, a través del cual los integrantes de un grupo intraestablecimiento o comunitario participan, intercambian experiencias y deciden sobre la adopción o conservación de comportamientos saludables para su salud, orientados por un integrante capacitado del equipo de salud

.2. OBJETIVOS:

2.1. Igual a 2.1. de educación individual

- 2.2. **Dar oportunidad al integrante del equipo de salud para:
reconocer que los participantes del grupo son personas que tienen conocimientos, creencias, hábitos, actitudes, sentimientos que conforman su conducta favorable o desfavorable hacia la salud individual y comunitaria.**

- **Identificar a los participantes del grupo en su rol de integrantes de una familia y comunidad, y con potencialidad para revertir los factores adversos en su medio.**

2.3. Dar oportunidad a otros sectores estatales y privados (especialmente sector escolar) para:

- **reconocer la importancia del rol de género para la mujer**
- **analizar la importancia de promover una sexualidad sana**
- **definir la necesidad de acción conjunta para disminuir el embarazo no deseado en adolescentes y mujeres de extrema pobreza, y de apoyo a las que lo esten**

3. ACCIONES:

3.1. Previas:

- diagnóstico educativo local del problema de educación grupal
- preparación de la unidad
- definición de objetivos
- selección de actividades de aprendizaje
- determinación de la evaluación

3.2. Desarrollo de la actividad:

- preparación de los asistentes
- presentación de experiencias
- análisis del tema
- síntesis del tema
- actividades para el hogar
- evaluación

COBERTURA : lo observado

CONCENTRACION : lo observado

INSTRUMENTO : hora matrona
hora enfermera
hora médico
hora odontólogo
hora nutricionista
hora Educadora para la salud
hora asistente social
hora auxiliar de enfermería

RENDIMIENTO : una sesión educativa por hora

CONTENIDOS EDUCATIVOS SUGERIDOS PARA EDUCACION PARA LA SALUD Y PROMOCION DE LA SALUD

La acción intersectorial y comunitaria definirá los contenidos necesarios y los adoptará de acuerdo a su realidad local.

1. **Proceso de embarazo, parto y puerperio. Importancia del autocuidado y la preparación de la gestante.**
2. **Importancia del control prenatal precoz y periódico para asegurar una evolución normal del embarazo y un recién nacido sano.**
3. **Beneficios legales y asistenciales de la embarazada**
4. **Medidas de prevención para evitar la aparición de complicaciones durante el embarazo (hábitos de higiene, alimentación, descanso y ejercicio). Prevención del tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y automedicación.**
5. **Conocimientos generales de signos y síntomas de patología más frecuente.**
6. **Alimentación de la embarazada, madre que amamanta y grupo familiar. Promoción de huertos familiares. Cooperativas comunitarias para compra de alimentos.**
7. **Importancia de la salud bucal con respecto a :**
 - **Uso adecuado de fluoruro**
 - **Dieta equilibrada**
 - **Reconocimiento de las caries como problema infecto contagioso**
 - **Uso correcto de mamaderas y de chupete de entretenimiento.**
8. **Aprovechamiento óptimo de los recursos familiares disponibles (diferentes alternativas de alimentos para una dieta equilibrada, huertos caseros).**
9. **Ventaja de la lactancia materna, enfatizando la importancia de la relación de afecto madre e hijo, de su inicio precoz, de la preparación física y síquica para el amamantamiento a fin de favorecer el desarrollo normal del recién nacido y prevenir la desnutrición infantil.**
10. **Importancia de una sexualidad saludable**

11. **Importancia de una prevención, pesquisa oportuna y tratamiento adecuado de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).**
12. **Utilización adecuada del beneficio de colocación materna en Hogar de Embarazadas.**
13. **Importancia de la atención profesional o institucional del parto para disminuir los riesgos de la madre y del recién nacido.**
14. **Indicaciones para el ingreso oportuno a la maternidad**
15. **Cuidados y atención de la puérpera y del recién nacido. Educación a la madre sobre estimulación precoz del recién nacido.**
16. **Indicaciones para el ingreso oportuno del recién nacido a control de salud.**
17. **Los métodos de regulación de fecundidad existentes y disponibles para una paternidad responsable.**
18. **Importancia del papanicolau (PAP) y examen de mama para la prevención y pesquisa precoz del cáncer cérvico-uterino y de mama, respectivamente. Enseñanza del autoexamen mamario.**
19. **Importancia de una educación para vida familiar saludable. Detección precoz de problemas.**
20. **Reforzamiento de la participación comunitaria de la mujer para el mejoramiento de su condición de vida.**

PROMOCION DE LA SALUD

I. REUNIONES EDUCATIVAS

1. DEFINICION:

Instancia de intercambio de ideas y opiniones entre los integrantes del equipo de salud, comunidad, con instituciones estatales y privadas y autoridades políticas con el fin de tomar decisiones integrales para el mejoramiento progresivo del entorno de la mujer y su grupo familiar y elaborar proyectos participativos de acuerdo a las situaciones detectadas.

2. OBJETIVOS:

Los participantes podrán:

- analizar la situación existente que afecta a la mujer (funcionaria y de la comunidad) y su medio.tomar decisiones para el mejoramiento progresivo del en torno de la mujer, su grupo familiar y comunidad , en calidad de vida a través de proyectos de barrios saludables, comunas saludables, etc.
- programar actividades educativas extramurales en escuelas, sitios de trabajo, locales comunitarios u otros de acuerdo a las necesidades percibidas.

3. ACCIONES:

Previas:

- definición de fecha, hora, lugar, objetivos y participantes

Desarrollo:

- planteamiento del tema
recoger opiniones, necesidades, problemas percibidos por los participantes.
- síntesis de las principales ideas o acuerdos
- proposición de proyectos o tareas concretas por parte de los participantes.
- definición de compromisos de los participates
- evaluación

COBERTURA : según recursos y necesidades
CONCENTRACION : según recursos y lo observado

INSTRUMENTOS : hora médico
hora matrona
hora asistente social
hora enfermera
hora nutricionista
hora odontólogo
hora Educador para la Salud
hora auxiliar paramédico
otros

RENDIMIENTO : una reunión por 2 horas

II. ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOCION DE LA SALUD

Taller Grupal

1. Definición:

Es una técnica formativa grupal que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la satisfacción de intereses o resolución de problemas prioritarios en la comunidad.

2. Acciones

Previas:

- Definición de fecha, hora y lugar
- Movilización de recursos necesarios
- Selección de técnicas y preparación de material educativo

Desarrollo:

- Presentación de los participantes
- Ejecución de las tareas
- Evaluación

3. Unidad de medida N° de sesiones grupales

4. Cobertura según diagnóstico, recursos y necesidades detectadas a nivel local.

5. Instrumentos: - Hora médico

- Hora matrona
- Hora enfermera
- Hora Asistente Social
- Hora nutricionista
- Hora odontólogo
- Hora Educador para la Salud
- Hora auxiliar paramédico
- Otros

6. Rendimiento: 1 sesión grupal por hora
7. Concentración: según número de sesiones requerida de acuerdo a la ejecución del proyecto o programa.
8. Registro: hoja de registro diario

Actividades de difusión y comunicación

1. Definición:

Es el conjunto de acciones dirigidas a las familias que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a través de distintos medios de comunicación escrita o udiovisual.

2. Acciones:
 - identificación del área problema a abordar
 - definición de objetivos
 - definición de familias objetivo
 - elección del medio o canal de comunicación (folletos, cartillas, afiches, perifoneo, programa de radio o T.V., foros, otros).
 - realización de las acciones
 - evaluación
3. Unidad de medida: N° de actividades de difusión y comunicación
4. Cobertura: población comunal según diagnóstico
5. Instrumentos:
 - hora médico
 - hora enfermera
 - hora asistente social
 - hora matrona

- hora nutricionista
 - hora odontólogo
 - hora educador para la salud
 - hora auxiliar paramédico
 - otros
6. Rendimiento: de acuerdo a lo observado según actividad
 7. Concentración: según recursos y lo observado a nivel local
 8. Registro: hoja de registro diario

TRABAJO COMUNITARIO

1. DEFINICION:

El trabajo comunitario puede ser considerado como una metodología y como un proceso:

- **Como metodología es un conjunto de técnicas y procedimientos que facilita el desarrollo de las potencialidades y capacidades de las personas, familias y comunidades en función de los objetivos de salud.**
- **como proceso, en el cual durante sus diferentes momentos o etapas, participan e interactúan los miembros del equipo de salud y una diversidad de actores sociales.**

Considerando como metodología o proceso, el trabajo comunitario está orientado al mejoramiento de la situación de salud y sus condicionantes

.2. OBJETIVOS:

- 2.1. Contribuir a la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y a la incorporación de los diferentes actores sociales de la comunidad, incluido el equipo de salud en acciones conjuntas para la resolución de sus propios problemas de salud.**
- 2.2. Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales, que apoyen la promoción de salud y el desarrollo social.**
- 2.3. Contribuir a la promoción de salud, a través del desarrollo de estrategias educativas, de comunicación y difusión y de la incorporación del componente comunitario en los distintos programas de salud.**
- 2.4. Aportar al logro de la eficiencia, eficacia, equidad social, a través de la focalización de las acciones y de los recursos existentes.**

3. ACCIONES:

Fase inicial:

- **Contacto con los diferentes actores de la comunidad (líderes,**

organizaciones sociales y vecinales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, otros).

- **organización de grupos de trabajo**
- **realización de diagnóstico participativo de la situación de salud de la comunidad.**
- **identificación de recursos materiales y humanos**
- **definición de objetivos a alcanzar**

Fase de desarrollo de las actividades:

- **elaboración de propuestas de acción conjunta con diferentes sectores de la comunidad en relación a los problemas de salud surgidos en el diagnóstico participativo.**
- **coordinación intersectorial y movilización de recursos** -

determinación de responsables y asignación de tareas reuniones grupales (educación y promoción en salud, organización y acción social).

- **monitoreo y evaluación permanente de las actividades**

Fase posterior al desarrollo de las actividades:

- **evaluación y sistematización de experiencias**
- **análisis de lo realizado y ajustes necesarios**

Modalidades del trabajo comunitario

- **comunicación social**
- **educación comunitaria**
- **organización comunitaria**
- **proyectos locales de salud**

RENDIMIENTO : lo observado
REGISTRO : propio equipo de salud del establecimiento o de la matronería

SALUD BUCO - DENTAL

I. OBJETIVO:

Elevar el nivel de salud bucal de la mujer y promover su preservación.

II. METAS:

Lograr que a lo menos el 75% de las mujeres que ingresan a tratamiento sean dadas de alta integral.

Incrementar la cobertura de atención de mujeres, especialmente en grupos más vulnerables gestantes, mujeres jefas de hogar, adolescentes.

Lograr que se cumplan en forma efectiva las horas de educación destinadas a este grupo (3%).

Lograr que el 30% de las mujeres que sean dadas de alta integral odontológica, aplique medidas preventivas y hábitos saludables para la salud bucal de sus hijos menores de 6 meses.

III. ESTRATEGIAS:

- 1. Usar criterios de priorización en la referencia a tratamiento odontológico: primigestas, adolescentes, baja escolaridad, ruralidad, mujeres jefas de hogar.**
- 2. Dar prioridad a la gestante que consulta antes del 5º mes de embarazo**
- .3. Reforzar coordinación de Programa de la Mujer y Odontológico**
- 4. Monitoreo y evaluación de Programas destinados a mujeres jefas de hogar de escasos recursos (terceros turnos de atención odontológica y Programas Integrales).**
- 5. Educar en medidas de autocuidado en Salud Bucal como: higiene bucal, dieta adecuada y uso de fluoruros.**
- 6. Promover en las gestantes actitudes favorables a la salud bucal de su hijo: lactancia materna, hábitos de higienización bucal, evitar uso de chupetes de entretención y no saborizar el paladar de los niños con azúcar.**

7. **Dar a conocer origen infecto-contagioso de las caries y enfermedades gingivales.**

SALUD OCUPACIONAL.

PROPÓSITO:

Mantener a la población trabajadora en el más alto nivel de salud, salvaguardando así su capacidad laboral y contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de su familia, de la sociedad y con el desarrollo económico del país.

II. OBJETIVOS:

- 2.1. Conocer el perfil ocupacional de la población femenina de la jurisdicción.**
- 2.2. Conocer el perfil de la población femenina consultante y de su pareja.**
- 2.3. Detectar algunos factores de riesgo del trabajo en las mujeres consultantes.**
- 2.4. Detectar algunos factores de riesgo laborales en grupos de trabajadoras de acuerdo al riesgo ocupacional locales.**
- 2.5. Establecer la coordinación con el Programa Salud Ocupacional del Servicio de Salud.**

III. ESTRATEGIAS:

- 3.1. Incorporar la variable trabajo en el diagnóstico de la población de la jurisdicción.**
- 3.2. Incorporar los antecedentes de trabajo en todas las actividades realizadas por el equipo de salud de la mujer comprendiendo:
" actividad económica
" puesto de trabajo de la paciente y su pareja**
- 3.3. Incorporar cuestionario de examen preventivo de la población trabajadora (factores de riesgo laboral) en la ficha clínica, a todas las consultantes.**
- 3.4. Incorporar el cuestionario en problemas intramurales y extramurales**

de riesgo.

Intramural

- **pacientes con antecedentes de abortos espontáneos**
- **pacientes con antecedentes de infertilidad de ella o su pareja.**
- **pacientes con hijos con malformaciones, con enfermedades graves o cáncer (coordinación con Programa del Niño).**

Extramural

- **En los lugares de trabajo especialmente focalizadas en población de mayor riesgo (coordinar con Programa de Salud Ocupacional).**

3.5. Establecer reuniones de coordinación y capacitación con Programa de Salud Ocupacional del Servicio de Salud.

Nivel secundario

CONSULTA ESPECIALIZADA DE REPRODUCCIÓN

I DEFINICION:

Es la atención especializada, que se otorga en el nivel secundario de atención, a la mujer y pareja de mayor riesgo reproductivo que requiere de estudio y tecnologías de mayor complejidad que las disponibles en el nivel primario.

II.OBJETIVOS:

- 2.1. Entregar consejería en salud reproductiva considerando situación personal de cada pareja, sus valores, creencias y actitudes.
- 2.2. Otorgar atención en regulación de fecundidad a las mujeres con alto riesgo reproductivo que requieran de uso de MACs no disponibles en el nivel primario.
- 2.3. Resolver patología asociada al uso de métodos anticonceptivos en usuarias derivadas de otros niveles de atención.
- 2.4. Evaluar y decidir respecto a solicitudes de esterilización voluntaria dentro de la pareja (quirúrgicas u otras alternativas).
- 2.5. Realizar estudios de fertilidad en las parejas que lo requieran y de acuerdo a los medios disponibles a nivel local.
- 2.6. Identificar factores y conductas de riesgo para la adquisición del VIH/SIDA y realizar consejería

II. ACCIONES:

- 3.1. Anamnesis
Datos generales de la pareja : identificación completa, previsión, escolaridad, estado civil, fecha de nacimiento, edad , RUN, domicilio habitual, actividad laboral.

Antecedentes mórbidos: familiares, personales, de pareja, remotos actuales, incluido hábitos y adicciones.

Antecedentes ginecoobstétricos: historia ginecoobstétrica, sexual, uso de anticonceptivos, tratamientos hormonales, etc. Presencia de disfunciones sexuales.

Identificar factores o conductas de riesgo a exposición de VIH tanto de la mujer como su pareja (Nº de parejas anteriores; compartir jeringas; trabajadoras sexuales).

3.2. Examen físico:

Observación de estado general, peso, talla, signos vitales, cavidad bucal, faringe, tiroides, abdomen, extremidades.

Evaluación cardiopulmonar

Evaluación estado nutricional Índice Masa Corporal (IMC)

Índice cintura-cadera

3.3. Examen físico protocolizado de mama (si corresponde)

3.4. Toma de muestra para citología cérvicouterino (PAP) si corresponde.

3.5. Examen ginecológico:

- **observación vulva y vagina**
- **visualización del cuello uterino**
- **determinar tamaño, forma, posición, consistencia, superficie, movilidad y sensibilidad del útero.**
- **determinar consistencia y sensibilidad de anexos**

3.6. Hipótesis diagnóstica

3.7. Prescripción/inserción del método de regulación de fecundidad de acuerdo al caso.

3.8. Solicitud de exámenes de laboratorio o complementarios, según sea el caso.

3.9. Indicación terapéutica médica o quirúrgica según morbilidad

3.10. Indicar y realizar procedimientos ambulatorios, diagnósticos (Ej. Pre-Test post coital) o terapéuticos por EJ. : Extracción de DIU con crochet).

3.11 Derivación a otros especialistas según necesidad

- 3.12. Realizar consejería a la pareja en relación a:**
- **conceptos generales de la morbilidad presente, signos y síntomas que indican complicaciones.**

 - **posibilidad de decidir libre e informadamente sobre iniciar y continuar plan de tratamiento y seguimiento propuesto.**

 - **Informar sobre el nivel de complejidad de atención médica disponible en cada centro y orientar sobre existencia de centros de mayor complejidad si el caso lo requiere.**
Prevención de la Transmisión del VIH y SIDA.

3.13. Registro de la actividad en:

- **hoja de estadística diaria**
- **ficha clínica**
- **tarjeta de seguimiento**
- **interconsulta**
- **carné de atención**

COBERTURA	: 100% de la demanda
CONCENTRACION	: de acuerdo a lo observado
INSTRUMENTO	: hora Médico Gineco-Obstetra hora Matrona
RENDIMIENTO	: 3 consultas por hora

CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERINATAL

1. DEFINICION:

Es la atención proporcionada en Centros Especializados (CDT-CRS) a la embarazada derivada del nivel primario o terciario que presenta alguna patología o factor de riesgo materno-perinatal.

2. OBJETIVO:

- 2.1. Diagnosticar patología obstétrica y fetal, asociada y/o concomitante y evaluar el grado de riesgo materno-perinatal.
- 2.2. Aplicar tecnología especializada para el diagnóstico y tratamiento.
- 2.3. Mantener bajo control hasta su resolución los casos que lo requieran.
- 2.4. Mantener seguimiento activo de población bajo control (tarjetero).

3. ACCIONES:

- 3.1. Anamnesis
- 3.2. Examen físico
- 3.3. Examen obstétrico
- 3.4. Tacto vaginal, si procede
- 3.5. Evaluación del estado nutricional
- 3.6. Evaluación de la unidad feto-placentaria mediante tecnología apropiada.
- 3.7. Diagnóstico y evaluación del grado de riesgo
- 3.8. Indicación de exámenes de laboratorio o complementarios, según sea el caso.
- 3.9. Indicar tratamiento o conducta a seguir.

- 3.10. Derivación a otros servicios clínicos o niveles de atención de mayor capacidad resolutive cuando corresponda.
- 3.11. Otorgar licencia médica, cuando proceda
- 3.12. Información y orientación a la embarazada en relación a su patología.
- 3.13. Citar a control cuando corresponda
- 3.14. Coordinación con los diferentes niveles de atención
- 3.15. Registro de la actividad en:
 - Ficha Unidad de Alto Riesgo
 - Tarjeta maternal
 - Carné maternal
 - Interconsulta
 - Hoja de estadística diaria

COBERTURA : 100% de la pacientes derivadas

CONCENTRACION : lo observado

INSTRUMENTO : hora médico Gineco-Obstetra.

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

CONSULTA MORBILIDAD GINECOLÓGICA

1. DEFINICION:

Es la atención en el Segundo Nivel de Atención de la mujer que presenta una patología ginecológica en las distintas etapas de su vida (infantil, adolescente, adulto).

2. OBJETIVO:

Disminuir los riesgos y evitar complicaciones a través de un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

3. ACCIONES:

- 3.1. Anamnesis**
- 3.2. Examen Físico**
- 3.3. Examen de mama protocolizado, si corresponde**
- 3.4. Examen Ginecológico**
- 3.5. Toma de muestra de citología (PAP) si corresponde, según norma vigente.**
- 3.6. Indicación de exámenes de laboratorio y complementarios específicos según necesidad.**
- 3.7. Formulación de Hipótesis Diagnósticas**
- 3.8. Indicación terapéutica según morbilidad**
- 3.9. Certificación para la obtención de beneficios legales (licencia).**
- 3.10. Educar a la mujer con énfasis en:**
 - Conceptos generales de la morbilidad presente, signos y síntomas que indican complicaciones.**

- **Importancia de cumplir las indicaciones y tratamiento médico.**

3.11. Derivación al nivel adecuado de atención, cuando proceda según norma.

3.12. Registro de actividades en:

- **Ficha clínica**
- **Carné consulta**
- **Hoja de estadística diaria de actividades**
- **Interconsulta (respuesta)**

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION: lo observado

INSTRUMENTO : hora médico Gineco-obstetra.

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

CONSULTA POR ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL VIH/SIDA

1. DEFINICION:

Es la atención integral proporcionada en el nivel de atención secundaria a la mujer y su pareja, destinada a disminuir el riesgo de infección y la morbimortalidad producida por las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

2. OBJETIVO:

2.1. Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las ETS.

2.2. Controlar las ETS y prevenir las complicaciones, con énfasis en la prevención de la Lúes Congénita y de la transmisión vertical del VIH.

2.3. Realizar intervenciones educativas que promuevan el autocuidado en salud y el ejercicio responsable de la sexualidad.

2.4. Garantizar la atención expedita a las actividades de protección y recuperación.

3. ACCIONES:

3.1. Anamnesis remota y actual , con énfasis en la identificación de factores de y conductas de riesgo para la adquisición de ETS, VIH/SIDA

3.2. Examen clínico con énfasis en el examen físico de genitales.

3.3. Indicación de exámenes de laboratorio pertinentes, según Norma.

3.4. Seguimiento epidemiológico del caso.

3.5. Indicación terapéutica al caso índice y sus contactos según norma.

3.6. Referencia a especialistas si procede, según normas vigentes.

3.7. Seguimiento del caso índice y sus contactos

3.8 Consejería pre y post toma de muestra para examen VIH asegurando confidencialidad de la información.

3.9. Educar en relación a :

- **Conceptos generales de la enfermedad**
- **Importancia de entregar verazmente la información solicitada con prudencia (prevención problemas pareja)**
- **Motivar para el cumplimiento de las indicaciones y asistencia a los controles.**
- **Autocuidado en relación a ETS y SIDA**
- **Aceptación del uso de métodos de barrera para prevención de ETS (preservativos).**
- **Uso correcto del Preservativo.**

3.10. Registro en:

- - **Ficha clínica**
- - **Tarjeta de seguimiento**
- - **Carné de control**
- - **Boletín individual de notificación de ETS (RMC 14)**
- - **Notificación casos VIH/SIDA en formulario de auditoría correspondiente.(Anexo Nº 8)**
- - **Hoja de estadística diaria**

COBERTURA : 100% de los casos pesquisados

CONCENTRACIÓN: según norma de ETS

**INSTRUMENTO : hora matrona
hora médico**

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

CONTROL SANITARIO GINECOLOGICO DE TRABAJADORAS SEXUALES

1. DEFINICION:

Es la atención ginecológica preventiva en el nivel secundario que es proporcionada a las personas que ejercen el comercio sexual.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Promover la prevención de enfermedades adquiridas por contacto sexual.**
- 2.2. Pesquisar morbilidad que pueda afectar a las personas en su aspecto reproductivo.**
- 2.3. Diagnosticar oportunamente las enfermedades de transmisión sexual**
- 2.4. Aplicar medidas terapéuticas ante la sospecha de E.T.S., previa evaluación de la especialidad (Consultorio o Centro de ETS).**
- 2.5. Orientar a las personas que se encuentran expuestas a riesgo de alcoholismo y/o drogadicción.**
- 2.6. Orientar a las personas en relación a regulación de fecundidad.**
- 2.7 Realizar consejería en paternidad responsable.**

3. ACCIONES:

- 3.1. Orientación general respecto del control sanitario ginecológico.**
- 3.2. Solicitud de exámenes de laboratorio para pesquisa de Lúes o VIH.**
- 3.3 Identificación de factores y conductas de riesgo para ETS,VIH/SIDA**
- 3.4 Realizar consejería Pre y Post Test de detección**
- 3.5. Anamnesis con énfasis en la identificación de factores de riesgo. Aplicación encuesta epidemiológica.**

- 3.6. Examen clínico general con énfasis en examen físico de genitales.
- 3.7. Examen clínico segmentario con aplicación de técnicas de: palpación, especuloscopia y tacto vaginal.
- 3.8. Toma de exámenes de:
 - PAP
 - Flujo vaginal
 - Cultivos Th. Martin, según normas si fuera necesario.
- 3.9. Indicación terapéutica si el caso lo requiere
- 3.10. Prescribir y/o controlar el uso de algún método anticonceptivo
- 3.11. Referencia a especialistas, si lo requiere
- 3.12 Seguimiento Epidemiológico si corresponde
- 3.13 Educación en relación a:
 - Interpretación de los exámenes realizados
 - Riesgos asociados a estas enfermedades
 - Importancia del cumplimiento de las indicaciones
 - Uso del preservativo
 - Uso de métodos anticonceptivos
 - Prevención de transmisión de VIH/SIDA
- 3.14 Formación de facilitadores en prevención de ETS, SIDA para el trabajo educativo entre pares y con el cliente.
- 3.14. Registro en:
 - Ficha clínica
 - Informe diario de actividades
 - Carné de control

COBERTURA : 100% de la población demandante

INSTRUMENTO : hora matrona

CONCENTRACIÓN: 12 controles

RENDIMIENTO : 3 consultas por hora

NIVEL TERCARIO

CONSULTA DE URGENCIA GINECO-OBSTETRICA

1. DEFINICION:

Es la atención impostergable en la Unidad de Recepción de los Servicios de Obstetricia y Ginecología a embarazadas, puérperas, mujeres no gestantes, por demanda espontánea o referida desde otras instancias.

2. OBJETIVO:

- 2.1. Efectuar diagnóstico, indicar tratamiento ambulatorio u hospitalización.**
- 2.2. Referir al nivel de atención correspondiente según el caso**

3. ACCIONES:

- 3.1. Anamnesis**
- 3.2. Examen físico general**
- 3.3. Control signos vitales**
- 3.4. Examen gineco-obstétrico**
- 3.5. Solicitar exámenes complementarios si el caso lo requiere**
- 3.6. Determinación del riesgo ginecológico u obstétrico perinatal, según sea el caso.**
- 3.7. Diagnóstico**
- 3.8. Tratamiento ambulatorio si procede**
- 3.9. Hospitalización si procede**
- 3.10. Ingreso a la Unidad del Servicio de Obstetricia y Ginecología, según corresponda.**
- 3.11. Información y orientación a familiares y/o acompañantes**

3.12. Referencia a otro nivel según el caso

3.13. Registro en:

- libro de admisión
- carné control o interconsulta
- ficha hospitalaria

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : lo observado

**INSTRUMENTO : hora médico
hora matrona**

RENDIMIENTO : lo observado

HOSPITALIZACION POR PARTO Y PUERPERIO

1. DEFINICION:

Es el ingreso al Servicio de Obstetricia de embarazadas o púerperas por referencia o consulta espontánea.

2. OBJETIVO:

Otorgar atención oportuna, integral y personalizada a la embarazada durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento, post alumbramiento y el puerperio.

3. ACCIONES:

3.1. Ingreso a la Unidad que corresponde según el caso

3.2. Verificar estado general

3.3. Control signos vitales

3.4. Indicar conducta según el diagnóstico al ingreso

3.5. Manejo del trabajo de parto fisiológico y/o con patología

3.6. Asistencia del parto, facilitando la presencia del padre

3.7. Perineotomía - sutura (cuando se requiera)

3.8. Tomar las medidas tendientes al contacto inmediato del recién nacido con su madre, para favorecer el apego .

3.9. Atención inmediata del recién nacido que incluye:

3.9.1. Premeabilizar las vías aéreas.

3.9.2. Valoración de su estado (Apgar al minuto de vida).

3.9.3. Identificación

3.9.4. Pinzamiento, sección y ligadura del cordón umbilical

- 3.9.5. Toma de muestra para examen UDRL - Grupo y Rh, bilirrubina si corresponde.**
- 3.9.6. Evitar pérdida del calor**
- 3.9.7. Verificación del sexo**
- 3.9.8. Apgar a los cinco minutos**
- 3.10. Asistencia del período post parto inmediato**
 - 3.10.1. Asegurar que la madre esté confortable**
 - 3.10.2. Vigilancia del grado de retracción uterina (globo de seguridad).**
 - 3.10.3. Control de sangramiento**
 - 3.10.4. Control de signos vitales**
 - 3.10.5. Solicitud de exámenes cuando corresponda**
 - 3.10.6. Tratamientos específicos cuando corresponda**
 - 3.10.7. Continuar la lactancia materna inmediata con apoyo educativo de la técnica, importancia del "apego".**
 - 3.10.8. Traslado a la Unidad de Puerperio**
 - 3.10.9. Extender comprobante de parto.**
- 3.11. Atención del puerperio fisiológico y/o quirúrgico**
 - 3.11.1. Ingreso a la Unidad. Verificación de antecedentes y condiciones de la puérpera.**
 - 3.11.2. Control de signos vitales**
 - 3.11.3. Formular plan de asistencia**

- 3.11.4 Control diario de la evolución del puerperio
- 3.11.5. Pesquisa de patologías o alteraciones
- 3.11.6. Toma de exámenes cuando sea necesario
- 3.11.7 Tratamiento específico si corresponde
- 3.11.8 Educación en:
 - Cuidados del puerperio y el recién nacido
 - Alimentación equilibrada
 - Higiene y cuidados del puerperio y R.N.
 - Lactancia materna (cuidados de las mamas y refuerzo de las técnicas de amamantamiento)
 - Importancia del control precoz de la puérpera y el recién nacido en el Consultorio.
 - Importancia de la inscripción del recién nacido o mortinato en el Registro Civil.
 - Rol del padre en el puerperio
 - Actividad sexual
 - Regulación de fecundidad
 - Prevención de VIH/SID
- 3.11.9. Registro diario de las actividades
- 3.12. Información y orientación a familiares,
- 3.13. Efectuar auditorías fichas clínicas
- 3.14. Registro de todas las acciones realizadas en:
 - ficha perinatal
 - ficha clínica del recién nacido
 - libro de registro de parto o intervenciones
 - comprobante de parto
 - carné maternal
 - formulario de ingreso-egreso (SOME)
 - informe de coordinación al alta de puerperio y R.N.
 - citación a control en consultorio de atención primaria

COBERTURA : 100% de la demanda

INDICE OCUPACIONAL : 80%

INSTRUMENTO : cama/año

RENDIMIENTO : 65 egresos por año

HOSPITALIZACION DEL RECIEN NACIDO NORMAL

1. DEFINICION :

Es el ingreso a la Unidad de Neonatología para la atención progresiva del recién nacido desde su nacimiento hasta el alta, junto a su madre.

2. OBJETIVO :

2.1. Proporcionar una asistencia integral, oportuna, adecuada, permanente y planificada del recién nacido.

2.2. Favorecer el contacto con el padre y familiares

2.3. Aplicar los pasos para una lactancia exitosa

2.4. Pesquisar precozmente patologías

3. ACCIONES :

3.1. Recepción y atención inmediata del recién nacido

3.2. Anamnesis

3.3. Examen físico

3.3.1. Antropometría (peso, talla, perímetro cefálico y torácico)

3.3.2. Clasificación peso-talla-edad gestacional (PEG,AEG,GEG)

3.4. Profilaxis ocular

3.5. Profilaxis de enfermedad hemorrágica neonatal

3.6. Control y estabilización de la temperatura

3.7. Vacunación B.C.G. (según norma)

3.8. Vestirlo

3.9. Traslado junto a su madre (cohabitación conjunta)

- 3.10. Observación y control primeras horas de vida**
- 3.11. Reforzar pecho libre demanda y técnica de lactancia**
- 3.12. Atención del R.N. en Unidad de Puerperio (junto a su madre)**
 - 3.12.1. Ingreso a la Unidad
Verificación de antecedentes y condiciones del R.N.**
 - 3.12.2. Control temperatura**
 - 3.12.3. Determinar plan de asistencia**
 - 3.12.4. Control diario de la evolución del R.N.**
 - 3.12.5. Toma de muestras examen para P.K.U. (según norma)**
 - 3.12.6. Toma de muestras para exámenes cuando sean necesarios**
 - 3.12.7. Tratamiento si corresponde**
 - 3.12.8. Vigilancia y apoyo a la lactancia materna**
- 3.13. Favorecer la relación del padre o familiares con el R.N.**
- 3.14. Información y orientación permanente al padre y familiares**
- 3.15. Registro:**
 - ficha clínica hospitalaria
 - ficha clínica del recién nacido
 - carné de control
 - formulario Ingreso - Egreso (SOME)
 - citación a control en Consultorio de atención primaria

COBERTURA : 100% de la demanda
INSTRUMENTO : cuna/año
INDICE OCUPACIONAL : 80%
RENDIMIENTO :65 egresos cuna/año

HOSPITALIZACION DEL RECIEN NACIDO PATOLOGICO O DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.

1. DEFINICION:

Es el ingreso a la unidad de Neonatología del Recien Nacido que presenta alguna patología o algún factor de alto riesgo para su sobrevida.

2. OBJETIVO:

2.1. Proporcionar una atención integral, oportuna, adecuada, permanente y planificada, que garantice cuidados continuos de complejidad creciente en relación proporcional al grado de riesgo del neonato.

2.2. Incorporar a la familia en el proceso de recuperación del recién nacido.

2.3. Establecer y mantener vínculos de apego.

2.4. Favorecer la lactancia materna exclusiva cuando el caso lo permite.

3. ACCIONES:

Descritas para los diferentes niveles de complejidad (cuidados intensivos, intermedios y minimos).

3.1. Recepción del recién nacido

3.2. Anamnesis

3.3. Examen físico del recién nacido

3.4. Diagnóstico

3.5. Determinar plan de atención

3.6. Indicaciones de tratamiento, alimentación, exámenes de laboratorio, interconsulta.

3.7. Control diario de la evolución del neonato

- 3.8. Información y orientación a la madre, familiares sobre diagnóstico, evolución y pronóstico del R.N.**
- 3.9. Educación a la madre con énfasis en:**
- **mantención de lactancia materna**
 - **enseñanza de estimulación afectiva del niño**
 - **cuidado e higiene del recién nacido**
 - **importancia del control de salud**
- 3.10. Coordinación con otros niveles de atención u otro Servicio o establecimiento.**
- 3.11. Efectuar auditorias de fichas clínicas**
- 3.12. Registro de la actividad:**
- **ficha clínica del recién nacido**
 - **carné de alta**
 - **epicrisis**
 - **formulario de ingreso y egreso (SOME)**

COBERTURA : 100% de la demanda

**INSTRUMENTO : cuna/año
incubadora/año
cuna/cuidados intensivos/año**

GRADO DE USO : 80%

RENDIMIENTO : 16 egresos cuna ; 16 egresos incubadora

HOSPITALIZACION POR MORBILIDAD OBSTETRICA

I. DEFINICION:

Es la atención integral intrahospitalaria proporcionada a la embarazada o concomitante o asociado a éste.

II. OBJETIVO:

- 2.1. Evitar la aparición de complicaciones materno perinatales
- 2.2 Tratar la morbilidad presente oportuna y adecuadamente.

III. ACCIONES:

3.1. En la Unidad de Recepción y Urgencia

- Anamnesis
- Examen físico general
- Control signos vitales
- Examen gineco-obstétrico
- solicitar exámenes complementarios si el caso lo requiere
- determinación del riesgo ginecológico u obstétrico perinatal, según sea el caso.
- diagnóstico
- tratamiento ambulatorio
- hospitalización si procede
- referencia a otro nivel según sea el caso
- información y orientación a familiares y acompañantes

- registro en:
 - libro de admisión
 - carné control o interconsulta
 - ficha hospitalaria

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : lo observado

INSTRUMENTO : hora médico/hora matrona

RENDIMIENTO : lo observado

- 3.2. En Unidad de Embarazo de Alto Riesgo o Puerperio Patológico**
- Verificar antecedentes y condiciones de la paciente
 - Control signos vitales
 - Determinar Plan de Atención
 - Solicitud de exámenes de Laboratorio si corresponde
 - Evaluación de la Unidad Feto Placentaria
 - Tratamiento específico si corresponde
 - Control diario de la evolución
 - Otorgar certificado y/o licencia médica si corresponde
 - Solicitar interconsulta a otros servicios clínicos o profesionales.
 - Educación con énfasis en:
 - morbilidad presente
 - higiene y nutrición de la embarazada o puérpera
 - fomento lactancia materna
 - Información y orientación permanente a paciente y familiares.

- 3.3- Registro:**
- ingreso/egreso de la Unidad
 - ficha hospitalaria (SIP)
 - carné maternal (SIP)
 - hoja coordinación
 - * epicrisis

COBERTURA : 100% de la demanda

INSTRUMENTO : cama/año

RENDIMIENTO : 50 egresos cama/año

INDICE OCUPACIONAL : 80%

HOSPITALIZACION POR MORBILIDAD GINECO-ONCOLOGICA

I. DEFINICION:

Es la atención intrahospitalaria integral y oportuna que se otorga a las mujeres con patología ginecológica u oncológica.

II. OBJETIVOS:

- 1. Evitar complicaciones tratando oportuna y adecuadamente la morbilidad presente.**
- 2. Promover el autocuidado en salud**
- 3. Satisfacer necesidades de información de la paciente y su grupo familiar en relación a su episodio mórbido o causa de hospitalización.**

III. ACCIONES: EN LA UNIDAD DE RECEPCION:

- **anamnésis completa (remota y actual)**
- **examen físico general y ginecológico**
- **exámenes complementarios si el caso lo requiere**
- **hipótesis diagnóstica**
- **admisión:**
 - **registro de los datos en el libro de admisión.**
 - **registro de las acciones realizadas en ficha clínica.**
 - **informe y orientación a los familiares o acompañantes.**
 - **traslado a la Unidad de Ginecología**

EN LA UNIDAD DE GINECOLOGIA:

- **corroborar o rectificar diagnóstico de admisión**
- **elaborar plan de atención ginecológica**
- **solicitud de exámenes de laboratorio**
- **atención de enfermería ginecológica**
- **prescripción y control de la terapia**
- **coordinación con otros servicios o establecimientos (cuando el caso lo requiera)**
- **educación para la salud, de acuerdo a la patología**
- **realizar auditoría de ficha de usuarias**

- **registro en :**

- **ficha clínica**
- **hoja de signos vitales y tratamiento**
- **hoja de evolución**
- **hoja de estadística de egreso**
- **epicrisis**
- **carné de alta**

COBERTURA : 100% de la demanda

CONCENTRACION : lo observado

INSTRUMENTO : cama/año

RENDIMIENTO : 49 egresos cama/año

INDICE OCUPACIONAL : 80%

HOSPITALIZACION POR ABORTO

I. DEFINICION:

Es la atención oportuna e integral proporcionada a la mujer por causa de aborto, desde el ingreso a un Servicio de Obstetricia y Ginecología, ya sea por demanda espontánea o referida por el equipo de salud.

II. OBJETIVOS:

2.1. Proporcionar tratamiento oportuno y adecuado

2.2. Evitar complicaciones

III. ACCIONES:

3.1. Ingreso a la Unidad correspondiente

3.1.1. Anamnesis

3.1.2. Examen físico general

3.2. Determinar conductas o indicaciones según diagnóstico

3.3. Asistencia del aborto inevitable (con todas las acciones que éste implica).

3.4. Intervención quirúrgica, si procede

3.5. Atención del puerperio mediano e inmediato con todas las atenciones que este período requiere.

3.6. Solicitud de exámenes de laboratorio, si el caso lo requiere.

3.7. Realizar tratamiento según indicación o necesidad

3.8. Educación:

- paternidad responsable
- cuidados del puerperio de aborto
- importancia del control en el Consultorio
- Prevención de ETS, VIH/SIDA

3.9. Consejería en salud sexual y reproductiva a grupos de riesgo

3.10. Referencia al alta a control en nivel primario

3.11. Registros:

- **ficha hospitalaria**
- **carné de control o de alta**
- **anotación libro de partos e intervenciones**
- **formulario ingreso-egreso (SOME)**
- **informe de coordinación de alta**

COBERTURA : 100% de la demanda

INSTRUMENTO : cama/año

GRADO DE USO : 80%

RENDIMIENTO : 104 egresos por cama/año

VIGILANCIA INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

I. DEFINICION:

Es el proceso de pesquisa de infecciones adquiridas durante la estadía hospitalaria.

II. OBJETIVO:

Establecer oportunamente las medidas de control o prevención de aquellas infecciones más importantes a nivel del Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, en estrecha coordinación con el nivel primario y secundario de atención de la mujer

III. ACCIONES:

- Recolección de información
- Consolidación y tabulación
- Análisis
- Divulgación de resultados

IV. INSTRUMENTO: Matrona

El control I.I.H.La vigilancia se hará según "Normas del Programa Nacional de Infecciones Intra Hospitalaria".

SOPORTE ORGANIZACIONAL

El Programa Salud de la Mujer cuenta con una estructura organizada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud con el ex Programa Materno Perinatal; para este nuevo Programa se propone implementar nuevas acciones y mantener una estructura que sea para:

- 1. Facilitar la atención integral, incorporando actividades de los SubProgramas.**
- 2. Optimizar la coordinación entre establecimientos en los distintos niveles de atención.**
- 3. Reforzar las actividades de seguimiento con registros adecuados y evaluación periódica de la información.**
- 4. Mantener diagnósticos actualizados de situación, de la marcha del Programa y los resultados obtenidos.**
- 5. Promover actividades intersectoriales, en forma coordinada y participativa.**

1. MINISTERIO DE SALUD

El Programa de Salud de la Mujer es un Programa Matriz que forma parte del Departamento Programa de las Personas, dentro de la División de Programas de Salud.

El equipo técnico del Programa está formado por el Médico y la Matrona Encargada del Programa con formación en Salud Pública y Gineco-Obstétrica.

Funciones del equipo técnico:

- Asesoría, seguimiento y evaluación del Programa a nivel nacional**
- Orientación y supervisión de la capacitación requerida tanto por los profesionales participantes del Programa como por el personal no profesional en los Servicios de Salud**
- Orientación para la realización de investigaciones operacionales destinadas a perfeccionar su labor.**

- **Diseño de proyectos, propuestas y gestión de convenios, priorizando aquellos que representen avances para el Programa.**
- **Asesoría, en su dominio, a las autoridades superiores del Ministerio de Salud y, por delegación de ellas, participar en comisiones y tareas, dentro y fuera del Ministerio**

.2. SERVICIOS DE SALUD

En cada Servicio de Salud existen los siguientes niveles de responsabilidad.

Encargado(a) del Programa Salud de la Mujer: responsable de la coordinación superior del conjunto de acciones y servicios que, se ofrecen a la población.femenina.

- **Desempeñará est función de preferencia un Médico Gineco-Obstetra o Matrona, con 44 hrs. semanales y / ojalá con formación en Salud Pública.**
- **Será nombrado (a) por el Director del Servicio de Salud y su dependencia administrativa directa será del Jefe del Depto. Programas de las Personas.**

Sus funciones son:

- **Promover, apoyar, coordinar y evaluar las acciones del Programa Salud de la Mujer y que incorpore las actividades de los Programas Transversales (cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, salud mental, salud ocupacional, salud bucal, ETS/VIH y SIDA, adulto).**
- **Participar con los otros Encargados de los Programas matrices y transversales en la adecuación de normas técnicas, programación, asesoría y supervisión de los contenidos y acciones incorporadas al Programa.**
- **Implementar actividades de coordinación intersectorial para la sensibilización, promoción e integración a las acciones del Programa de Salud de la Mujer**
- **Convocar y coordinar el Consejo Técnico del Programa Salud de la Mujer del Servicio de Salud.**

- **Mantener comunicación y coordinación expedita con el equipo técnico del Ministerio.**

2.2. Coordinadores (as) del Programa Salud de la Mujer en los tres niveles de atención.

- **Estas funciones serán desempeñadas por profesionales dedicados a la salud de la mujer, de preferencia matronas (es) con dependencia administrativa del Jefe del Depto. Programas de las Personas (D.P.P.).**
- **Sus funciones son:**
 - **Promover, coordinar y evaluar las actividades del Programa que se desarrollan en cada uno de los 3 niveles de atención.**
 - **Coordinar las actividades de capacitación y actualización en Salud de la Mujer en los 3 niveles de atención.**
 - **Participar en las actividades del Programa Salud de la Mujer en el D.P.P. y en el Consejo Técnico del P.S.M.**

2.3 Unidad del Programa Salud de la Mujer

Equipo de trabajo multiprofesional, en el Depto. Programas de las Personas del Servicio de Salud integrado por:

- **Encargado del Programa Salud de la Mujer**
- **Coordinadores(as) del P.S.M. de los tres niveles de atención. Profesionales asesores: Nutricionista, Asistente Social, Educadora para la Salud, Sicólogo (a) y otros.**

Sus funciones son:

- **Participar en la elaboración de programas y proyectos atingentes a las necesidades de salud de la mujer de la población beneficiaria del Servicio de Salud.**
- **Asesorar y evaluar la marcha del Programa y proyectos de salud de la mujer.**
- **Efectuar reuniones técnicas periódicas con los equipos de los tres niveles de atención con el fin de apoyar las actividades que realizan.**

- " Colaborar en la formación y actividades de los Comites Intersectoriales de Salud de la Mujer, intercambiando información con instituciones extrasectoriales.
- " Diseñar, orientar y organizar, en conjunto con el Depto. de Capacitación, las actividades de orientación normativa y de formación en salud de la mujer que sean necesarias para el personal en los tres niveles de atención.
- Asesorar al Director del Servicio de Salud y a otras autoridades en materias relativas al P.S.M.

2.5 Consejo Técnico de Salud de la Mujer

Convocado y coordinado por el Encargado(a) del Programa Salud de la Mujer, esta formado por:

- Encargado del Programa Salud de la Mujer
- Coordinadores (as) de los tres niveles de atención-
Matrona Jefa del Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología
Jefe del Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología
Otros profesionales de salud que coordinan Programas transversales cánceres cervicouterinos y mamas, Salud Ocupacional Salud Mental, Salud Bucal ETS/VIH y SIDA, Adulto), cuando la reunión lo requiera.
- Funciones del Consejo:
- Constituir una instancia de integración de la programación en Salud Mujer en los distintos niveles de atención.
- Participar en la evaluación y asesoría del Programa Salud de la Mujer
- Coordinar a través de los canales pertinentes, la asignación de recursos en los tres niveles de atención.-

- Participar en la vigilancia de mantener una expedita derivación de las mujeres entre los tres niveles de atención.
- Participar en la implementación del Programa de Capacitación anual diseñado por la Unidad del Programa Salud de la Mujer del Servicio de Salud.
- Promover instancias de conocimiento e intercambio entre los profesionales (reunión clínica, jornadas, etc.).
- Participar en la evaluación de proyectos que han sido aprobados por la Dirección del Servicio de Salud.

2.6. Consejo Intersectorial de Salud de la Mujer

Convocado y coordinado por el Encargado (a) del Programa Salud de la Mujer, quién promoverá la formación de este consejo en el área geográfica del Servicio de Salud en el que participarán:

Educación, Justicia, Instituto Nacional de la Juventud, Servicio Nacional de la Mujer, Dirección General de Deporte y Recreación, PRODEMU, Organizaciones Comunitarias, Organizaciones no Gubernamentales, Universidades Estatales y Privadas, Iglesias, Municipalidades, Sector Privado de Salud (Isapres, Clínicas, Consultas), medios de comunicación, otros.

Función:

- Promover la creación de instancias comunales de coordinación intersectorial que convoquen a los niveles comunales de otros sectores del Estado, organizaciones y representantes de la comunidad organizada para el abordaje de problemas de salud de la mujer.

Esta estructura funcional requerirá de definición de objetivos, actividades y participantes. Su desarrollo dependerá del grado de desarrollo y de los recursos disponibles.

3. ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA:

Promover la formación de un equipo interdisciplinario de

salud de la mujer, con participación de médicos, matronas, Asistente Social, Nutricionistas, Odontólogos, Auxiliares de Enfermería, otros.

Se designará un profesional con formación en el Programa Salud de la Mujer (matron, médico gineco-obstetra) responsable de la coordinación de este equipo en el establecimiento y de la coordinación con otros establecimientos de atención primaria de la Comuna y la Unidad del Programa Salud de la Mujer en el Depto. Programas de las Personas.

Coordinación, Programación, Asesoría y Evaluación

- 1. Actividades de coordinación

Se requiere de actividades programadas y de procedimientos e instrumentos.

- Conocer los recursos, programa, tipo de actividades, número de mujeres a atender, instancias de coordinación existentes.
- Definir responsabilidades, frecuencia de reuniones, instrumentos de registro, flujo de derivaciones a los distintos niveles de atención.
- Programar actividades de difusión y sensibilización de la población, autoridades locales, empresas organizaciones.
- Promover la formación de monitores que asuman responsabilidades en la prevención y mantención de calidad de vida saludable.
- Programar anualmente las actividades del Programa Salud de la Mujer.
- Definir y programar formas de evaluación periódicas.
- Coordinar actividades interprogramáticas e intersectoriales, interniveles de atención.

2. ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN, ASESORÍA Y EVALUACIÓN

Estas actividades deben ser programadas en conjunto con las actividades de coordinación.

2.1 Reuniones de Programación

Las actividades deben programarse (de acuerdo al diagnóstico), en los instrumentos de programación y registro que corresponde al establecimiento. Se puede usar el modelo que está en Anexo N° 7.

2.2. Actividades de capacitación y asesoría

La asesoría debe ser programada y regular, realizada de preferencia por profesionales del nivel local, permitiendo la capacitación continua de los equipos.

2.3. Actividades de evaluación

Estas actividades deben realizarse en forma programada con la periodicidad necesaria y con clara definición de los aspectos cualitativos y cuantitativos a evaluar.

En esta evaluación deben participar los equipos a cargo de las actividades y los coordinadores del Programa en los distintos niveles.

INDICADORES DE IMPACTO PROGRAMA DE LA MUJER

- 1. Tasa de mortalidad Materna**
- 2. Tasa de mortalidad Materna por Aborto**
- 3. Tasa de mortalidad Fetal tardía**
- 4. Tasa de mortalidad Neonatal precoz**
- 5. Tasa de mortalidad Neonatal tardía**
- 6. Tasa de incidencia Lués congénita**
- 7. Tasa de cesáreas**
- 8. Tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino global y por grupos quinquenales.**
- 9. Tasa de mortalidad por cáncer de mama global y por grupos quinquenales.**
- 10. Razón CIS/ca Invasor**
- 11. % estadios I y II de Cáncer de Cuello Uterino**

12. % estadios I y II de Cáncer de Mama
13. Tasa de ataque de IIH:
 - Post parto vaginal
 - Endometritis
 - Post parto cesárea
 - Cesárea
 - Hda. Operatoria
 - Perineotomía
14. Tasa de ataque de infección del torrente sanguíneo en pacientes con cateter umbilical permanente, (+24 horas).
15. Tasa de ataque de Diarrea Aguda en lactantes.
16. Tasa de ataque de neumonías en pacientes con ventilación mecánica (+24 horas)
17. Prevalencia de Lactancia Materna al 1 mes, 3 y 6 meses de vida.
18. Porcentaje de R. Nacidos que egresan con lactancia Materna Exclusiva: de la Maternidad y de Neonatología.
19. Distribución del peso de nacimiento
20. Edad gestacional al parto
21. Distribución del apgar a los 5 minutos de vida.
22. Distribución forma de termino del Parto.

INDICADORES DE COBERTURA EN EL PROGRAMA DE LA MUJER

1. Cobertura de Control Prenatal
2. Cobertura de regulación de fecundidad
3. Cobertura de control ginecológico
4. Cobertura de Control de Climaterio
5. Cobertura de PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años
6. Cobertura de E.F.M. vigente en mujeres de 35 a 64 años
7. Cobertura de vacunación B.C.G. en recién nacidos por comunas
8. Cobertura de pesquisa de fenilquetonuria e Hipotiroidismo congénito.
9. Cobertura Ecografía precoz (antes de las 20 semanas de gestación).
10. Cobertura de VDRL en recién nacidos
11. Cobertura programa odontológico en embarazadas.
12. Cobertura de atención profesional del parto.

INDICADORES DE PROCESO

1. Ingreso precoz a control prenatal (antes de las 12 semanas)
2. Perfil de morbilidad del alto riesgo obstétrico
3. Perfil de Morbilidad Neonatal
4. Distribución de la población bajo control en regulación de fecundidad por grupo etareos y tipo de método.
5. Distribución de embarazadas en control según estado nutricional
6. Distribución de mujeres no gestantes según estado nutricional
7. N° y % de partos atendidos con asistencia del padres al parto.
8. Porcentaje de partos con apego.
9. % de focalización de PAP en el grupo de riesgo
10. Porcentaje de PAP inadecuados
11. Porcentaje de PAP menos que optimos
12. % de mujeres PAP (+) con demora menos de 22 días entre toma de PAP y recepción de informe.
13. % de mujeres PAP (+) con diagnóstico confirmado antes de 29 días desde la derivación y la 1ª consulta a patología cervical.
14. % de mujeres que completan tratamiento en menos de 90 días desde la 1ª consulta.
15. Tasa de continuidad en uso de métodos anticonceptivos.
16. Grado de uso de servicios de Regulación de fecundidad por la población adolescente.
17. % de madres adolescentes que retornan a la vida escolar.
18. % de puerperas adolescentes adscritas a Paternidad Responsable.
19. N° de programas de promoción dirigidos a mujeres
20. % de mujeres entre 35 y 64 años que practican el autoexamen de Mama.
21. N° y % de altas integrales odontológicas en Embarazadas.
22. Egresos Hospitalarios femeninos por causa y grupo etareos.

INDICADORES DE ESTRUCTURA EN EL PROGRAMA DE LA MUJER

1. Existencia de Normas escritas ampliamente conocidas y difundidas en diferentes Sub-Programas y actividades.
2. Existencia de cargo para médico y matrona encargada del Programa de la Mujer en el D.P.P.
3. Existencia de cargo de médico y matrona encargados del Subprogramas de Cáncer Cérvicouterino y Mama
4. Programación de actividades del programa en los 3 niveles de atención.
5. Manejo de Tarjeteros
6. % de mujeres nuevas atendidas acorde con las normas de derivación en:
 - Unidad de Patología cervical
 - Unidad Patología de Mama
 - Alto riesgo Obstétrico

- Alto riesgo Reproductivo

7. **Diseño e implementación de Sub-Programas específicos que apunten a problemas de salud emergentes en el area de la mujer.**
8. **Existencia y aplicación de políticas de recursos humano (Ingreso, selección, mantención, alejamiento, perfeccionamiento y capacitación).**
9. **% de horas profesionales dedicadas a:**
 - Educación de grupo
 - Trabajo comunitario
10. **% de horas profesionales dedicadas a administración.**
11. **% de horas profesionales dedicados a atención directa**
12. **Programación de actividades de Supervisión y evaluación del Programa en los 3 niveles de atención por el equipo encargado del Programa de la mujer en el D.P.P.**

2.3.2. Instrumentos de registro y Flujo de la información:

- **Seguimiento epidemiológico**
Coordinadores del Programa Salud de la Mujer deben informar a la Unidad del Programa Salud de la Mujer del Servicio de Salud.
- **Para programar utilizar el Formulario PAC del Programa Salud de la Mujer.**
- **RMC**
- **Es necesario llevar la consolidación de información por establecimiento en el Servicio de Salud**

SISTEMAS COMPUTACIONALES:

- **Sistema Informático Perinatal (S.I.P.)**
- **Sistema Informático Logístico de Anticonceptivo(S.I.A.L)**

En un futuro se contempla la incorporación de :

- **Ficha Unica de la Mujer**
- **Manual de Autocuidado.de Salud de la Mujer**

ANEXOS

ANEXO Nº 1

16 RECOMENDACIONES PARA LA APROPIADA TECNOLOGIA DEL NACIMIENTO, DECLARACION DE FORTALEZA - OMS (1985)

Estas 16 recomendaciones están basadas en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e implementación de una apropiada atención prenatal.

1. Toda la comunidad debería estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer elegir la posición que más le acomoda en el parto.
2. Debería promoverse la capacitación de matronas profesionales o de quienes atienden el parto.

“ La atención durante el embarazo y parto fisiológico y el seguimiento post parto debería ser tarea de esta profesión.”
3. Información acerca de las prácticas de la atención del parto en los hospitales (incidencia de cesárea, etc.) deberán ser del conocimiento del público que se atiende en esos hospitales
4. No existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 - 15% de cesáreas (la actual incidencia de cesárea en U.S.A. se estima en alrededor de un 23%).
5. No existen evidencias de que se requiera de una operación cesárea después de una cesárea transversa segmentaria inferior. Se deberían favorecer los partos vaginales en una cesarizada anterior en lugares en que existan facilidades quirúrgicas en caso de emergencia.
6. No existe evidencia de que el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto, tenga un efecto positivo en el resultado del parto.
7. No existe ninguna indicación para el rasurado del vello pubiano y el enema preparto.

- 8. La embarazada no debe ser colocada en posición de litotomía (de espaldas) durante el trabajo de parto y del parto. Se les debe estimular a caminar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe escoger libremente la posición a adoptar durante el parto.**
- 9. El uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la apertura vaginal) no se justifica.**
- 10. No se debe inducir el parto por conveniencia (inicio artificial) y la inducción del trabajo de parto debe ser sólo por indicación médica específica. Ninguna región geográfica debería tener índices de trabajo de parto inducido sobre un 10%.**
- 11. Durante el parto, la administración rutinaria de drogas analgésicas y anestésicas, que no se requieren específicamente para corregir o prevenir complicaciones del parto, deben ser evitadas.**
- 12. La ruptura precoz artificial de las membranas como procedimiento rutinario, no está justificada científicamente.**
- 13. El niño sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permite. El proceso de observación del recién nacido sano, no justifica la separación de la madre.**
- 14. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, aún antes de que la madre sea trasladada desde la sala de partos.**
- 15. Deben ser identificados los servicios de atención obstétrica que tiene actitudes críticas hacia la tecnología y que han adoptado una actitud de respeto hacia los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Deben ser estudiados y estimulados los procesos de dichos servicios, que los han llevado a adoptar esa posición, de manera de ser utilizados como modelos para facilitar actitudes semejantes en otros centros e influenciar puntos de vistas obstétricos en toda la nación.**
- 16. Los gobiernos deben considerar desarrollar normas para permitir el uso de nuevas tecnologías en el parto, sólo después de una adecuada evaluación.**

ANEXO N° 2

INDICACIONES PARA EXAMEN DE TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ABREVIADA.

- Insistir en ayuno absoluto.
- 6-10 horas antes de extracción de sangre sólo recibe agua pura, no se lava los dientes .
- Ayuno significa no comer nada.

TÉCNICA PARA Test de tolerancia glucosa abreviada (TTGA).:

Extracción de muestra de sangre 5cc. en la cual se practicará titulación de glicemia por el método de Glucosa Oxidasa en Plasma o suero.
Valor normal para embarazada menor a 150 mg./dl

TÉCNICA DE EXÁMEN DE TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA COMPLETO. (TTGC)

Técnica de exámen de TTG completo en el embarazo se cita a las personas en ayuno estricto de 6 a 10 hrs., se toma una muestra de sangre 5cc. a la llegada de la embarazada , se administra 100grs. de glucosa en 400cm³.de agua , posteriormente se toma una muestra de 5cc. de sangre a los 60, 120 y 180 minutos

Valores normales para un embarazo por bajo los siguientes niveles.

1ra. muestra 105-_____ 2da. muestra 190 _____ 3ra. muestra 165 y 4ta. muestra 145.

Si la 1ra. muestra está alterada se envía a Alto Riesgo Obstétrico Externo (AROE)

Si tiene 2 o + valores alterados (sin considerar la primera muestra) se envía al AROE con diagnóstico de Diabetes Gestacional Mellitus de tipo B o TTG alterado.

Si sólo hay un valor alterado siempre que no sea el valor de la primera muestra se rotula de Intoleancia de los Hidratos de Carbono y se envía al AROE.

ANEXO N° 3

DETECCIÓN Y CONTROL CANCER CERVICOUTERINO

.ORIENTACIONES PROGRAMATICAS

OBJETIVO:

Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 50% al año 2000.

META EN EL MEDIANO PLAZO: mantener la cobertura de mujeres beneficiarias de 25 a 64 años con PAP vigente en un 80%.

ESTRATEGIAS:

1. FOCALIZACION DE LA PESQUISA EN MUJERES DE RIESGO DE 25 A 64 AÑOS.

Considerar estos subgrupos de mayor a menor riesgo para establecer prioridades:

- Mujeres que nunca se han realizado un PAP, especialmente si son mayores de 35 años.
- Mujeres con PAP atrasado
- Mujeres que les corresponde repetirse el PAP

2. ASEGURAR LA OPORTUNIDAD Y CONFIABILIDAD DEL EXAMEN CITOLOGICO.

3. ASEGURAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL 100% DE LOS CASOS DETECTADOS.

4. FRECUENCIA DEL PAP CADA TRES AÑOS.ACTIVIDADES

ACTIVIDADES:

1. Captación de mujeres de mayor riesgo entre las consultantes en los diferentes programas de salud por Ej. en control de salud infantil ; ESPA; control de patologías crónicas.

2. Captación de mujeres de riesgo en la comunidad a través de estrategias de comunicación social

3. Toma de PAP de las mujeres de riesgo captadas. no cubiertas por actividades habituales del Programa de Salud de la Mujer

NIVEL SECUNDARIO:

4. Procesamiento de las citologías. Esto incluye oportunidad (demora de 3 semanas como máximo en entregar los informes) y control de calidad interno (Laboratorio de Citopatología).

5. Control de calidad externo de las citologías.:
Laboratorio de Referencia Nacional

6. Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos detectados.

Unidad de Patología Cervical o de Oncología Ginecológica alrededor de un **2%** de PAP resulten positivos en las mujeres.

7. Capacitación Continua en todos los niveles para asegurar eficiencia, calidad y continuidad de las acciones.

8. Educación individual y grupal en los distintos niveles de atención para asegurar la adhesividad de las mujeres al programa.

9. Registro adecuado en todos los componentes de programa y coordinación entre los niveles de atención

A partir de la meta y actividades que se establezcan en el nivel primario, se van a programar toda la cadena de actividades para los niveles secundario y terciario, según el esquema continuación

PESQUIZA Y CONTROL DE CANCER DE MAMA

I. ORIENTACIONES PROGRAMATICAS

1.1 DEFINICION DE OBJETIVOS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

OBJETIVO:

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama a través de aumentar la pesquisa de cánceres en etapas I y II y tratarlos oportunamente.

METAS A MEDIANO PLAZO:

- Lograr cobertura de 80% de mujeres beneficiarias de 35 a 64 años con Exámen Físico de Mama (EFM) vigente
- Lograr que al menos el 40% de las mujeres de riesgo se practique el autoexamen (AEM) mamario mensualmente
- Aumentar de un 50% a un 70% la pesquisa de mujeres con cáncer de mama en Estadíos I y II

.META A CORTO PLAZO:

Lograr ampliar cobertura a través del Examen Físico de Mama (EFM) y enseñanza del autoexamen mamario (AEM) al 100% de las mujeres entre 35 y 64 años de edad que acude a tomarse el PAP

ESTRATEGIAS:

1. - DESARROLLO DE UN SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES TANTO A NIVEL NACIONAL COMO LOCAL, integrado al Programa de la Mujer y al Programa del Adulto que establezca profesionales responsables de su conducción, coordinación y evaluación.

2. - FOCALIZACION DE LA PESQUIZA EN MUJERES DE 35 A 64 AÑOS INTEGRADA AL PROGRAMA DE CANCER CERVICOUTERINO.

- Aplicación de la siguiente metodología de pesquisa

Exámen físico de mamas cada tres años junto con la toma de PAP. Este examen debe ser practicado por profesionales debidamente entrenados y siguiendo un protocolo estandarizado.

Si existen antecedente de cáncer de mama familiar (madre, hermana), realizar examen físico anual.

A partir de los 35 años enseñar la técnica del autoexamen de mamas (AEM) para ser aplicado mensualmente por cada mujer

3. - **LOGRAR Y MANTENER COBERTURAS DE UN 80% DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS CON EXAMEN FISICO PERIODICO DE MAMAS**
4. - **ASEGURAR EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL 100% DE LOS CASOS DETECTADOS MEDIANTE EFM O AEM.**
Esto supone la organización de la la atención según niveles de complejidad con una adecuada coordinación entre los distintos componentes del programa
5. - **DESARROLLAR ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y DE COMUNICACIÓN SOCIAL QUE PERMITAN INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LAS MUJERES EN EL PROGRAMA DE PESQUISA**
6. - **FORMACION Y CAPACITACION CONTINUA DEL PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA EN CUALQUIERA DE SUS NIVELES.**

GRUPO OBJETIVO DEL PROGRAMA:

- Mujeres de 35-64 años que **nunca** se han realizado un EFM.
- Mujeres de 35-64 años que **hace tres años o más** no se realizan un EFM
- Mujeres de 35-64 años que les **corresponde realizarse** un EFM por haber cumplido tres años desde el último.
- Mujeres de 35-64 años en que se **ignora** si se ha realizado un EFM
- Mujeres de 35-64 años **con antecedente de cáncer de mama familiar** que ha cumplido un año o más desde el último EFM.
Toda mujer mayor de 35 años que desconoce la práctica del autoexamen o lo realiza en forma inadecuada

.ACTIVIDADES

1. **Captación de mujeres de mayor riesgo entre las funcionarias y consultantes habituales a los establecimientos de salud**
2. **Captación de mujeres de riesgo en la comunidad** a través de estrategias de comunicación social
3. **EFM y enseñanza o reforzamiento del AEM a las mujeres de riesgo captadas o que consultan por un AEM (+).** Esta actividad debe estar sincronizada con las anteriores de modo de asegurarle a las mujeres una atención expedita.

II. NIVEL SECUNDARIO

2.1. Revisión de los casos con EFM dudoso (Unidad de Patología Mamaria).

2.2. Control de calidad del EFM relizado en el NPA, mediante estudio de correlación con EFM realizado en la UPM y con el diagnóstico definitivo

Responsable directo de esta actividad: matrona y médico UPM.

6. Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos detectados con probable patología maligna (PPM).

Se estima que en alrededor de un 1 % de las mujeres de riesgo el resultado del EFM será PPM

Responsables de esta actividad: especialistas en patología mamaria del nivel secundario y terciario y anatomopatólogos del nivel secundario.

7. Rehabilitación y Cuidados Paliativos

8. Registros adecuado en todos los componentes de programa

8. Coordinación entre los niveles de atención:

10. Educación individual y grupal:

12. Capacitación Continua para asegurar eficiencia, calidad y continuidad de las acciones:

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

El esquema a continuación señala las fases que deben contemplarse en la planificación de actividades de los programas de cáncer mamario en los distintos servicios de salud del país.

FASES DE LA PLANIFICACION

- Evaluación Diagnóstica
- Identificación de problemas en los niveles de atención y sus posibles soluciones
- Implementación jerarquizada de soluciones que optimicen recursos existentes y aseguren la atención expedita y el seguimiento de las mujeres
- Establecer plan para aumentar cobertura gradualmente
- Programación anual de actividades en base a metas de cobertura
- Estimación de brechas de recursos y atenciones en los distintos niveles de atención
- Generación de proyectos de reforzamiento para cubrir brechas
- Ejecución de Actividades.

La evaluación diagnóstica es esencial para orientar mejor las acciones y tener un punto de partida que permita objetivar los avances del programa. Esta evaluación, tomando como referencia a la normativa nacional debe permitir identificar fortalezas y debilidades en los distintos niveles de atención. Cuando hay una brecha entre lo real y la situación ideal planteada por la norma, se está frente a un problema para el cual es necesario buscar soluciones.

Los problemas e implementación de soluciones deben jerarquizarse y darles una secuencia lógica. Para la mayoría de los servicios este es un programa nuevo, por lo cual especial acento debe ponerse a la organización de un equipo de trabajo central, la concientización de autoridades, la difusión de la normativa, la organización de los niveles de atención, la formación y capacitación de profesionales, la implementación de sistemas de registro y coordinación y la adquisición de equipamiento básico indispensable.

Una vez logrado lo anterior, se debe hacer un plan para aumentar gradualmente la cobertura. Es recomendable contemplar desde un comienzo la integración del EFM y la enseñanza del AEM a la toma de PAP en las mujeres mayores de 35 años. De este modo se aprovecha por un lado la dinámica de captación de mujeres que ya tiene el programa de cáncer de cuello uterino, y además las mujeres quedan con una fecha fija para hacerse ambos exámenes de pesquisa cada tres años.

Estratégicamente es conveniente mejorar la cobertura entre funcionarias y consultantes habituales a los centros de salud, para luego abarcar al resto de la comunidad. **AL**

Una vez consolidadas las fases anteriores es importante establecer una programación anual en base a metas de cobertura; siempre en el contexto de la planificación global e integrado a la pesquisa de cáncer cérvicouterino.

A partir de la meta y actividades que se establezcan en el nivel primario, se van a programar toda la cadena de actividades para los niveles secundario y terciario que va a permitir calcular atenciones y recursos.

A modo de ejemplo, en el esquema a continuación se aplica la programación a una población beneficiaria de 120 mil mujeres a las cuales se piensa llegar a cubrir con EFM en un 80 % en tres años.

Para hacer el cálculo de las atenciones que se derivan de las actividades en un año, se considera el flujo establecido en la norma al cual se le aplican los siguientes supuestos:

- Se estima que un 40% de las 32,000 mujeres se va a realizar un AEM y que el 12% de ellas va a consultar por un AEM (+). Esto da alrededor de un 5% de las 32 mil mujeres que va a consultar al nivel primario a causa de un AEM (+)

- Totalizan 33,600 mujeres a atenderse en el nivel primario. De ellas, el 1,5% va a tener un EFM de PPB y el 1% de PPM. Por tanto se derivan en total 840 mujeres al nivel secundario o UPM.

- En la 1_ consulta en la UPM, de estas 840 mujeres se estima que un 10% va a resultar ser normal, un 57% con PPB y un 33% con PPM. Estos supuestos se basan a su vez en que existe un 18% de falsos positivos para el diagnóstico de probable patología maligna efectuado en el nivel primario.

- De las 758 mujeres que confirman diagnóstico, se estima que el 39% resulta ser cáncer de mama y el 61% es patología benigna. Estos supuestos se basan a su vez en que un 5% de la PPB diagnosticada por el especialista en la 1_ consulta resulta ser cáncer, y un 3% de lo que diagnostica como PPM resulta ser patología benigna.

- Se estima que de las 296 mujeres con cáncer de mama que se etapifican, el 20% va a ser etapa I, el 50% etapa II, el 20% etapa III y el 10% etapa IV.

Para cada componente del programa (establecimientos del nivel primario, laboratorio de citopatología, anatomía patológica, ginecología, oncología) se estiman las necesidades de recursos humanos y físicos (**demanda**). La demanda debe compararse con los recursos disponibles (**oferta**) para establecer la **brechas**. La demanda se calcula aplicando un coeficiente técnico al volumen de actividades específicas programadas.

En caso de existir brechas deberá estudiarse la forma de subsanarlas: **Primero**, a través de optimización de recursos existentes, y en **Segundo lugar**, mediante proyectos específicos de reforzamiento que pueden optar a distintas fuentes de financiamiento locales y regionales.

Si persisten brechas importantes, agotadas todas las posibilidades, deberá ajustarse la meta de cobertura a los recursos disponibles

.EVALUACION DEL PROGRAMA DE CANCER MAMARIO

A continuación se detallan los principales indicadores de estructura, proceso e impacto a evaluar el menos una vez por año. Es importante señalar que la evaluación debe considerar las tendencias para apreciar las variaciones favorables o desfavorables y la velocidad del cambio

. I. INDICADORES DE LA ESTRUCTURA

1.1 RECURSOS Y ATENCIONES:

- Análisis de oferta y demanda de atenciones y recursos y determinación de brechas
- % establecimientos mantienen registros de buena calidad
- Descripción de la normativa local, organización y flujograma de actividades

II. INDICADORES DEL PROCESO

2.1. PRODUCTIVIDAD DEL EFM

* Tasa mujeres se le hace EFM (Nº mujeres del grupo de riesgo que se le hace EFM en un area y periodo dado comparada con la población beneficiaria del mismo area y periodo.)

2.2. Productividad del Autoexamen de Mama

2.3 ASEGURAR EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO : CIRCUITO DE MUJERES PAP+:

- Total de mujeres PAP + (NIE I + NIE II + NIE III O CIS + CA. INVASOR) detectados por el nivel primario.
- Tiempos de demora informe de PAP
- Porcentaje de mujeres PAP(+) que derivadas a patología cervical por los consultorios de atención primaria son realmente atendidas en las unidades de Patología Cervical (P C)
- Porcentaje de mujeres que demoran menos de tres meses entre la 1_ consulta a patología cervical hasta que finaliza el tratamiento (1er tratamiento)
- Porcentaje de mujeres que son dadas de alta después de 18 meses para su posterior control en consultorio.
- Porcentaje de casos en el total de casos nuevos atendidos en PC en un año, que corresponden a casos derivados según norma (PAP 2_ Atipia, bajo grado, alto grado, cáncer invasor o sospecha clínica).

2.4. ASEGURAR LA CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO CITOLOGICO:

- Calidad de la toma de PAP
- % PAP menos que óptimo e inadecuados
- Describir como se enfoca la capacitación en toma de PAP. * Control de calidad de los laboratorios de Citopatología
- Describir sistemas de control de calidad interno usados por el laboratorio actualmente, comparar con años anteriores.

2.5. LOGRAR Y MANTENER COBERTURAS DE MUJERES CON PAP VIGENTE DE 25 A 64 AÑOS CERCANAS A 80%

- Coberturas de mujeres con PAP Vigente de 25-64 años, pertenecientes a grupos específicos:
 - Funcionarias
 - Consultantes habituales al nivel primario y/o hospitalario
 - Cobertura de mujeres beneficiarias del SS con PAP vigente por grupos decenales de edad.

III. INDICADORES DE IMPACTO

3.1 Razón PAP Alto Grado (NIE II, NIE III, CIS) versus PAP bajo grado. (NIE I)

3.2. Relación de costo-efectividad: N_ de mujeres se les hace PAP por cada caso con histología positiva de alto grado.

3.3 Índice CIS/Ca Invasor (Dg.Histológico)

3.4 Distribución de los casos de cáncer invasor según estadio

3.5 Incidencia de cancer invasor y CIS (dg. histológico).

3.6 Mortalidad por cáncer invasor En el cuadro a continuación se presenta un listado de los principales indicadores cuantitativos y el nivel óptimo considerado según norma.

INDICADORES DE EVALUACION	NIVEL OPTIMO
ESTRUCTURA	
• PROPORCION ESTABLECIMIENTOS NPA CON REGISTROS AL DIA_	100
• PROPORCION PACIENTES NUEVAS ATENDIDAS EN UPC	45 o>
• % MUJERES NUEVAS ATENDIDAS EN UPC ACORDE CON LA NORMA DE DERIVACION ¹	95 o>
PROCESO	
• FOCALIZACION EN EL GRUPO DE RIESGO 25-64 AÑOS	95o>
• PORCENTAJE DE PAP INADECUADOS	5 o <
• PORCENTAJE DE PAP < OPTIMO	10 o<
• CAPACITACION EN TOMA DE PAP	
• % MUJERES PAP(+) C/DEMORA ENTRE TOMA Y RECEPCION INFORME <22 DS	100
• % MUJERES PAP (+) DERIVADAS POR EL NPA QUE SON ATENDIDAS EN UPC_	100
• % MUJERES SE ATIENDEN EN < 29 DS. ENTRE DERIVACION Y 1era CONSULTA	100
• % MUJERES CON DG.CONFIRMADO EN < 29 DS. , DESDE 1era CONSULTA_	100
• % MUJERES SIN CONFIRMACION DG	0
• % CORRELACION CITOHIISTOLOGICA PARA PAP BAJO GRADO	90 o>
• % CORRELACION HIISTOLOGICA PARA PAP ALTO GRADO_	90 o>
• % MUJERES COMPLETAN TTO. EN < 90 DS., DESDE 1_ CONSULTA	100
• % MUJERES SIN TTO	0

(PAP NIEI, NIEII, CIS, CA.INV., 2_ ATIPIA)

- **COBERTURA**
- COBERTURA 25-64 80 o>
- COBERTURA 35-44 80 o>
- COBERTURA 45-54 80 o>
- COBERTURA 55-64 80 o>

- **IMPACTO**
- RAZON PAP ALTOGRADO VS PAP BAJO GRADO 2 o>
- N° MUJERES SE HACEN PAP POR CADA CASO ALTO 200
0<
- GRADO DETECTADO
- RAZON CIS/CA.INVASOR 3 o>
- % ESTADIOS I y II 90

ANEXO Nº 6

¿PORQUE EL TABAQUISMO EN LA MUJER OCASIONA MAYORES RIESGOS?

El habito de fumar, **segun la organización mundial de la salud es la mayor causa de enfermedad y muerte prematura prevenible en el mundo.**

Desde hace mas de 40 años existen evidencias de que los fumadores tienen un riesgo mayor de contraer numerosas y graves enfermedades que no los fumadores, entre estas se cuentan el cáncer del pulmón, de la laringe, de la vejiga, del riñon. del páncreas, del esófago y diversas otras localizaciones. También es un gran causante de bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad coronaria y cerebrovascular.

Capítulo especial merecen las mujeres fumadoras que están aumentando en todo el mundo, incluyendo en nuestro pais .

Hace 18 años, atrás en Chile, el 28% de las mujeres era fumadora actualmente fuma más del 30%, casi en igual proporción que los varones. Es necesario señalar que diversos estudios dan una prevalencia de 40% de tabaquismo en la mujer joven y 25 % de mujeres fuman durante el embarazo

Las mujeres que consumen tabaco presentan riesgos semejantes al de los hombres fumadores, pero además corren peligros adicionales por condiciones propias de su sexo:

- el tabaquismo potencia los efectos indeseables del uso de contraceptivos orales en la mujer, aumentando notablemente el riesgo de infarto al miocardio (aproximadamente a 1o veces) y el riesgo de enfermedad vascular periférica y cerebral, especialmente en la mujer mayor de treinta años.
- en la mujer post menopáusica, el tabaquismo aumenta el riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.
- los estudios han demostrado que las mujeres tienen en general mayores dificultades para abandonar el hábito de fumar que los hombres.
- el hábito de fumar condiciona la aparición de arrugas y el envejecimiento prematuro de la piel.

Pero el tabaquismo no daña solamente al que fuma también puede dañar al que no fuma y esta expuesto involuntariamente al humo del tabaco. En el caso de la mujer esto cobra especial relevancia dada su condicion de madre:

- La mujer embarazada que fuma pone en peligro su salud y la de su hijo pues los tóxicos del tabaco atraviesan la placenta, además de disminuir el oxígeno que llega a su feto: se ha comprobado que cuando la madre fuma durante el embarazo el niño tiene alta probabilidad de nacer con bajo peso (el peso se reduce en 200 grs. Promedio). También aumenta la frecuencia de complicaciones perinatales, como placenta previa, rotura precoz de membranas, sangramientos en el parto y parto prematuro. El riesgo de mortalidad fetal e infantil entre mujeres fumadoras es entre un 25 a 50% mayor que en aquellas que no fuman.
- La nicotina del tabaco atraviesa la leche materna y puede ocasionar daño al niño. Además, la producción de leche materna tiende a disminuir cuando la madre es fumadora.
- Los hijos de madres fumadoras sufren más frecuentemente de bronquitis y neumonías, y asma. Este riesgo se duplica en el caso de los niños menores de dos años.

¿QUE PODEMOS HACER PARA EVITAR LOS RIESGOS DEL TABAQUISMO EN LA MUJER?

Una estrategia fundamental para reducir el consumo de tabaco en la mujer lo constituye la **consejería antitabáquica** que debiera estar integrada especialmente a todas las actividades del Programa de la Mujer:

- Control preconcepcional
- Control prenatal
- Control del desarrollo sicoafectivo del feto
- Control de puerperio
- Control del recién nacido y lactancia materna
- Control paternidad responsable
- Control Ginecológico
- Control climaterio

La mayor motivación para abandonar el hábito de fumar la tienen las mujeres durante el embarazo, una alta proporción deja de fumar espontáneamente. Sin embargo después del parto la mayoría comienza a fumar nuevamente. Es por tanto necesario comunicarle a la embarazada fumadora que esta es su gran ocasión para mantenerse sin fumar para siempre pues el tabaquismo siempre va a entrañar riesgos graves para su salud y la de su pequeño hijo (tabaquismo pasivo)

ANEXO Nº 7

LA CONSEJERÍA ANTITABÁQUICA

“Por un par de minutos nuestros, más y mejores años de vida para nuestras pacientes”

¿ Cómo aconsejar a sus pacientes a dejar de fumar ?

Basta un intervención breve de 2 a 3 minutos realizada durante la consulta.

Siga los pasos de las **4 A**:

- **A**verigue
- **A**conseje
- **A**yude
- **A**cuerde seguimiento

AVERIGUE

Averigue con cada paciente si fuma y regístrelo en un lugar visible como la carátula de la ficha.

a. Si la paciente No fuma, **felicítela** . Esta favoreciendo su salud y la de sus hijos, convirtiéndose en un modelo positivo para ellos (Si la madre no fuma es muy probable que sus hijos nunca lo hagan). Recomiéndele que haga respetar su derecho al aire limpio cuando otros fumen a su alrededor. Más del 60% de sus pacientes va a estar en esta situación.

b. Si fuma, siga los pasos que vienen a continuación:

Pregúntele:

- ¿Cuánto fuma ?
- ¿ Por cuánto tiempo ?
- ¿Estaría dispuesto a dejar de fumar ahora mismo?

ACONSEJE

- Aconseje a su paciente en forma clara, firme pero amable, que fumar es dañino para la salud y que usted le recomienda que deje el cigarrillo.
- Entréguele un folleto de autoayuda (“Dejar de Fumar usted lo puede lograr”.)

AYUDE

a. Si su paciente no está lista para dejar de fumar o está insegura:

- Pídale gentilmente que piense en el tema y que lea atentamente el folleto que le ha entregado.
- Invítelo a dejar el cigarrillo, y dígame que usted podrá ayudarlo cuando se sienta segura de querer dejarlo.

b. Si está dispuesto a dejar de fumar:

- Enfatícele los beneficios de dejar de fumar, y disipe sus miedos.
- Pídale que firme un contrato donde establezca a una fecha para dejar de fumar (Día “D”); máximo en 1 mes.
- Sugíerale que lea atentamente en el folleto el capítulo sobre como dejar de fumar .

ACUERDE SEGUIMIENTO

A la paciente que acordó una fecha para dejar de fumar, invítela para una semana después de esa fecha, a otro control o a alguna actividad grupal en el cual entre otros temas se aborde el tabaquismo.

En esa próxima actividad:

- Si está sin fumar felicítela y refuerce los contenidos del folleto sobre como mantenerse sin fumar.
- Si ha disminuído su consumo, refuerce positivamente todos los logros alcanzados y estimúlela a seguir progresando.
- Cite al paciente para un próximo control o actividad grupal.

En el Segundo control:

- Revise los progresos que ha hecho la paciente y los beneficios inmediatos que ha obtenido para ella y su niño (si corresponde) al dejar de fumar.
- Si ha recaído, invítela a hacer un segundo intento.
- Si todo va bien, cítela a control o actividad grupal en 2 a 3 meses.

ANEXO Nº 8

PROGRAMA SALUD DEL ADULTO

El principal problema de salud en Chile son las enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, cáncer, cirrosis, hepática, enf. bronquial obstructiva, diabetes, que causan más del 50% de las muertes y la mayoría de los egresos hospitalarios no obstétricos.

Estas enfermedades se relacionan directamente con los estilos de vida y el envejecimiento de la población, compartiendo factores de riesgo comunes: tabaquismo, ingestión inmoderada de alcohol, hipercolesterolemia, obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo. Con un buen control de estos factores, se puede reducir la incidencia de las patologías crónicas y su morbimortalidad asociada.

Se hace necesario un cambio de enfoque del equipo de salud en la atención de la población beneficiaria del S.N.S.S., que incorpore las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el trabajo intersectorial y la integralidad de las acciones como una modalidad habitual de operación. La integración programática permitiría un abordaje más eficiente y costo/efectivo de la atención. En este sentido, una de las áreas más importantes y que permite abarcar diversas variables es la actividad educativa realizada en un lenguaje común por todos los integrantes del equipo de salud, promoviendo un cambio de conducta permanente de los pacientes.

Tomando en consideración este cambio de enfoque en la atención, el Programa Salud del Adulto (PSA) se encuentra abocado a promover la aplicación del Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA) en población de 20 a 59 años.

Este examen reúne en una sola actividad el manejo preventivo de los principales problemas de salud del adulto y contribuye además al control de la tuberculosis, el cáncer cérvico-uterino, el SIDA y otras ETS, por medio de la detección de factores de riesgo y la intervención educativa a través de la consejería.

Esta es una de las actividades en que los Programas de Salud de la Mujer y del Adulto, tendrían que aunar sus esfuerzos y realizar la referencia correspondiente entre uno y otro Programa.

**Para realizar la referencia es necesario tener claro algunos aspectos esenciales:”
Constituyen factores de riesgo para la salud cardiovascular:**

- el hábito tabaquico, especialmente en las mujeres que toman anticonceptivos y fuman.
- la hipertensión arterial
- el sedentarismo
- la ingestión inmoderada de alcohol
- el sobrepeso y la obesidad
- la hipercolesterolemia
- diabetes mellitus

El Programa Salud de la Mujer podría participar en la aplicación del ESPA y, de acuerdo a los hallazgos, referir a los pacientes a los Programas de Crónicos u otros Programas específicos.

Algunos Servicios de Salud han determinado intervenir sobre otros factores de riesgo, priorizados de acuerdo a su perfil epidemiológico y a su disponibilidad de recursos. Algunas de las áreas que están abordando y en las que es factible que también participe el Programa Salud de la Mujer son la evaluación de la agudeza visual y auditiva y, pesquisa del cáncer a la piel.

Por el momento, mediante la aplicación del ESPA el PSA hará la referencia de aquellas mujeres que deben tomarse Papanicolau. En aquellos Servicios de Salud en que se ha implementado el Programa de Cáncer y Tabaco, se estudiará la factibilidad de participar en la detección precoz y referencia del Cáncer de Mama y en la enseñanza del autoexamen de la mama.

ANEXO Nº 10

ABORDAJE DE SALUD MENTAL Y ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN EL PROGRAMA SALUD DE LA MUJER:

Introducción

La salud mental de las mujeres es un área de preocupación reciente, ya que históricamente, igual que en el campo de la salud general, las necesidades de salud de las mujeres han sido relacionadas casi exclusivamente con sus funciones reproductivas. A pesar de que diversos estudios² demuestran que las mujeres son las principales beneficiarias de los servicios de salud mental, en la planificación de los servicios de salud mental, la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especialidades propias de la mujer.

La Unidad de Salud Mental del MINSAL ha planteado como una de sus prioridades programáticas para 1996 la necesidad de integrar contenidos y acciones de salud mental en todos los programas básicos de salud apoyando acciones de prevención, detección y rehabilitación, en los tres niveles de atención³.

La salud en general, y la salud mental en particular son componentes constitutivos de la calidad de vida de las personas. Sin duda, el desarrollo de un enfoque integral de la salud coherente con las políticas y orientaciones programáticas planteados por el Programa de la Mujer implica necesariamente incorporar aquellos aspectos psicológicos y sociales implícitos en la atención de salud de la mujer.

Una respuesta adecuada a las necesidades y especificidades de salud de la mujer a partir de las características propias de su socialización, las particularidades de su vida cotidiana y los problemas de salud propios de cada etapa de su ciclo de vida, requiere del trabajo conjunto de los equipos de salud del ámbito específico del programa de la mujer y de salud mental, permitiendo priorizar factores psicológicos y sociales de protección y de riesgo de los problemas de salud emergentes, que afectan en forma preferencial a las mujeres.

² Pilowsky (1991), Subotsky (1991), Mullen (1988), Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health, WHO, Geneva, 1993.

³ **Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Publicaciones de Salud Mental Nº1. MINSAL. 1993.**

Contexto Demográfico, Epidemiológico y Social

Cifras parciales referidos a la situación de la mujer tienden a ser escasos. Por esto utilizaremos algunas referencias y datos globales que aportan a comprender y priorizar las necesidades de la mujer en relación a la salud mental y los aspectos psicológicos y sociales en la atención de su salud.

*** Situación Demográfica:**

Datos globales de la población chilena total describen una situación de “transición demográfica”, apreciándose una tendencia a la disminución del grupo de menores de 15 y aumento de los de mayor edad. Si bien en Chile existe una importante proporción de población joven e infantil, está creciendo proporcionalmente más la población adulta y senescente. Desde 1965 ha descendido en forma marcada la tasa de fecundidad (nº de nacimientos/mujeres en edad fértil), con excepción de la tasa de fecundidad del grupo de mujeres entre 15 y 19 años, lo que se expresa en una mayor proporción de embarazos en adolescentes.

Otro dato importante que se destaca es la progresiva importancia que la mujer ha ido adquiriendo como fuerza de trabajo. Actualmente las mujeres ocupan el 30% de la fuerza laboral, lo que ha significado, una modificación en los estilos de vida familiar, el cuidado de los hijos y la relación que tradicionalmente ha existido entre la mujer y los establecimiento de salud.⁴

Las cifras diferenciadas por sexo, indican que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, acusan sintomatología más aguda y crónica y usan los servicios de salud en mayor proporción que los hombres.⁵

⁴ “De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual”, MINSAL, 1993.

⁵ Psychosocial and Mental Health Aspects of Women’s Health, WHO, Geneva, 1993.

* **Situación Epidemiológica**

El desarrollo socioeconómico, así como la transición demográfica que vive el país tienen una influencia clara en la situación epidemiológica. El Sistema de Salud ha actuado eficazmente en la reducción del riesgo de los problemas materno-infantiles y de enfermedades infecciosas transmisibles. Sin embargo, hoy día las principales causas de muerte se encuentran en las enfermedades crónicas y los tumores malignos. Las enfermedades crónicas del adulto constituyen una importante demanda real y potencial para los Servicios.⁶

Por otra parte, el “Estudio de Carga de Enfermedad” (1993) que incorpora aspectos relacionados con la funcionalidad y la calidad de la vida de acuerdo a indicadores que dan cuenta de los “años de vida ajustados por discapacidad- (AVISA)”, destaca en el caso de las mujeres, una mayor proporción de años perdidos por discapacidad, donde los principales problemas de salud de acuerdo al indicador AVISA son anomalías congénitas, seguidas por los trastornos depresivos, trastornos en las vías biliares y las infecciones respiratorias.

De acuerdo a los indicadores AVISA, relacionados con la salud mental de las mujeres entre 15 y 44 años aparecen los siguientes antecedentes :

ENFERMEDAD	% DE AVISA	POSICION, PRIMERAS CAUSAS	15
DEPRESIÓN MAYOR	10,26	1	
ESTRES POST-TRAUM	4,67	5	
PSICOSIS	4,13	6	
DEPEND. ALCOHOL	2,22	9	
CEREBROVASCULAR	2,08	10	
T. BIPOLAR	1,75	14	
ACCID TRAFICO	1,59	15	
SUBTOTAL	56,13		

El “Estudio sobre Prevalencia y Factores de Riesgo de Trastornos Mentales en Atención Primaria”⁷, realizado en 23 consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana, identifica en las mujeres consultantes encuestadas, una mayor prevalencia de trastornos emocionales que en la observada en los hombres, siendo la

⁶ **idem (3)**

⁷ **Araya, R., Dept. de Psiquiatría, Universidad de Chile, 1992.**

sintomatología más prevalente la angustia, problemas de concentración, ideas depresivas, entre otros. Esto ha sido confirmado por diversos estudios internacionales que establecen la depresión como principal malestar que afecta la salud mental de las mujeres.⁸

Los resultados del “Estudio Colaborativo de la OMS sobre Problemas Psicológicos en la Atención Primaria de Salud”⁹ indica que de cada 3 de los consultantes a la atención primaria, 2 presenta algún problema psicológico, pero, una ínfima minoría consulta expresamente por un motivo de consulta psicológica (5 de cada 100). Este estudio también postula que la morbilidad psicológica encubierta o no resuelta constituye una de las causales del frecuente fenómeno de las policonsultas de mujeres a los servicios primarios, provocando, a nivel individual, sufrimiento humano y disfunción en los roles sociales referidos a la pérdida de productividad y de ingresos, y a nivel de los servicios de salud repuestas ineficientes que incrementan costos.

Las disfunciones familiares han sido identificado como un factor de riesgo importante en la aparición de trastornos de salud mental, adquiriendo mayor relevancia en mujeres y niños. Como corroboramos anteriormente, la mayor parte de estos problemas no se diagnostican oportunamente, con lo que se favorece su agravamiento o su complicación con otras consecuencias psicosociales.

La violencia intrafamiliar, como la violencia sexual son problemas psicosociales emergentes, constituyendo un factor de alto riesgo o de daño para la salud física y mental de las personas pero cuya prevalencia es difícil de precisar. Según estudios conjuntos de la OPS y el Sernam (1993), el 33,6% de las mujeres chilenas sufren violencia física y un 26,2% sufren violencia psicológica. Estas cifras son coincidentes con otros estudios realizados en el país que reflejan la alta prevalencia de la violencia que se ejerce contra la mujer al interior de las familias. Por otra parte, en relación a la información sobre maltrato infantil, existe una gran dificultad para conocer la prevalencia real, debido al bajo nivel de denuncia. Sin embargo un estudio realizado por la UNICEF (1995) sobre maltrato en nuestro país, en una muestra de niños encuestados de octavo básico, el 63% responde que han recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres. Del porcentaje de niños que son heridos por golpes, sólo un 10% llega al hospital.

Las últimas cifras entregadas en los Informes Anuales de Notificación de casos de SIDA segmentados por sexo también son alarmantes indicando un incremento considerable de mujeres con VIH positivo, cifra, que desde el año 1993 se duplica (13 casos en 1993, y en 1995, 28 casos diagnosticados). Esto hace necesario revisar el

⁸ **idem (4)**

⁹ **Horvitz, M., Unidad de Salud Mental, MINSAL.**

actual abordaje y formulación de estrategias adecuadas para prevenir la transmisión de esta enfermedad.

Definiciones y Conceptos Generales:

En el documento "Salud Mental y Aspectos Psico-sociales de la Salud de " (OMS - 1993) como también en las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, (MINSAL, 1993), se conceptualiza la salud mental de la siguiente manera :

Salud Mental es la capacidad de las personas y los grupos de interactuar entre sí, y con el medio ambiente, de manera de promover bienestar subjetiva, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, y el logro de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia y el bien común.

En esta definición salud mental no es conceptualizada en términos de patología o trastorno mental, ni se visualiza como un continuum con dos polos opuestos de "normalidad" y "enfermedad".

El trastorno o malestar mental es comprendido como la imposibilidad de las personas de utilizar en forma óptima todas sus potencialidades. Estos podrían estar obstaculizados por situaciones tales como, la enfermedad física, pobreza, o actitudes sociales discriminatorias, situaciones que comúnmente afectan a las mujeres. El malestar resulta del conflicto entre los factores individuales y grupales en interacción con el medio ambiente, produciendo malestar subjetivo, daño o discapacidad en el uso de las potencialidades psicológicas, incapacidad de lograr metas y conductas destructivas.

Salud Mental y Género

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de estudiar la salud mental de las mujeres desde la perspectiva de género. Muchas circunstancias y condiciones que la sociedad acepta como "normal" o comunes, empiezan a entenderse como causales de problemas de salud mental en la mujer. Distintas autoras^{10 11} han enumerado una larga lista de condiciones que enferman a las mujeres, las cuales son resultado en menor o mayor medida de la discriminación de género. Aquí, enumeraremos aquellas que consideramos que aportan a una mirada diferente a la atención de salud de la mujer.

¹⁰ **Burin, M., El Malestar de las Mujeres. Buenos Aires. Paidós. 1991.**

¹¹ **Daskal, A., "Algunas Reflexiones acerca de la Salud Mental de las Mujeres", Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Santiago Chile**

- una socialización de género que moldea a la mujer en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, dependencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma
- El condicionamiento que le impide cuestionar algunos “deber ser” de las mujeres, el tener una autoestima baja
- El entrenamiento en no expresar malestar, no reclamar, no pedir, no exigir, aguantar, esperar
- El esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, las del laboral y las propias
- El aislamiento y la falta de espacios de intercambio de su propia experiencia con otras mujeres, debido a las condiciones de vida y a la desconfianza adquirida
- El ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos muchas veces como tales.

El documento de la OMS¹² presenta resultados de distintas investigaciones realizadas a través de un cuestionario que mide sintomatología psiquiátrica (“General Health Questionnaire”- GHQ), identificando situaciones conflictivas y dilemas en el contexto del matrimonio, en las relaciones familiares, en relación a las funciones reproductivas, en la crianza, el parto, divorcio, envejecimiento, procesos educativos y en el trabajo, que afectan su salud mental. Así mismo, se han identificado situaciones, de gran impacto en las mujeres, que contribuyen a acentuar riesgos de depresión como las siguientes: abuso físico y sexual, acoso sexual, discriminación sexual, embarazos no-deseados, divorcio, pobreza y “powerlessness” (desesperanza aprendida).

- **Ciclo Vital y Salud Mental de la Mujer**

Erikson plantea que hay varias etapas sucesivas en el ciclo vital de una persona y que en cada etapa, la persona enfrenta un cierto tipo de crisis y resuelve una tarea psicológica específica. La forma de enfrentar y resolver la crisis crea las condiciones para la maduración y consolidación de la estructura psíquica. Las crisis constituyen situaciones óptimas para abordar problemáticas, para ampliar las posibilidades de enfrentar dificultades, buscar modos nuevos y más creativos de enfrentar conflicto.

¹² **idem (4)**

Las crisis que se manifiestan en las distintas etapas de vida de las personas pueden ser normativas (o de desarrollo) o crisis producidas por eventos accidentales. Las crisis normativas son situaciones connaturales a la vida, al desarrollo personal y el ciclo vital. La crisis de la adolescencia, o el primer embarazo, la jubilación, por ejemplo, son situaciones que conllevan momentos de tensión, angustia, pero son crisis entendidas como oportunidades para crecer y madurar en la medida que se modifican situaciones que anteriormente eran insatisfactorias.

Las crisis producidas por eventos accidentales como el divorcio, la muerte prematura de un hijo, una pérdida, un aborto, pueden estar provocadas por situaciones externas, como la violencia que ejerce el cónyuge o por eventos traumáticos repentinos.

El modelo de Erikson concuerda con el modelo “tensional-conflictivo”¹³, en que la salud mental de las mujeres es asociada al enfrentamiento de conflictos y crisis a lo largo de las etapas del ciclo vital -niñez, adolescencia, adultez y vejez, en que cada una de estas etapas es caracterizado por situaciones de vida específicas tales como el embarazo, aborto, divorcio, climaterio, roles de vida múltiples, envejecimiento, rol de cuidadora, etc..

En la atención de salud a mujeres es importante llegar a identificar e introducir actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para cada etapa de vida, en función de las crisis o tareas evolutivas que corresponden. La agudización de los estados de crisis constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres en función de la comprensión del carácter de crisis normativa o accidental.

Para enfrentar la crisis es importante de que los equipos estén en condiciones de:

- * identificar el tipo de crisis
- * recoger información en la Anamnesis que permite distinguir entre los niveles habituales de funcionamiento cotidiano y sintomatología o discapacidad actual
- * identificar factores desencadenantes
- * explorar los recursos personales y redes sociales: trabajo, familia, educación.
- * contactos sociales, amistades, etc.

ASPECTOS PSICOSOCIALES PREDOMINANTES Y PROBLEMAS DE S.M. EMERGENTES

¹³ **idem (10)**

La planificación e incorporación de aspectos psicológicos y sociales en la atención de salud de la mujer implica entender la mujer, desde una perspectiva de género, y adecuar la oferta asistencial a las necesidades específicas y a los riesgos asociados a las distintas etapas de vida de la mujer.

A continuación, esquematizamos algunos de los riesgos principales mencionados en el documento "Salud Mental y Aspectos Psicosociales en la Salud de la Mujer (OMS)", de acuerdo a la etapa del ciclo vital.

Etapa de ciclo vital	Transtornos de Salud Mental y Riesgos Psicológicos
Niñez	Abuso Sexual Maltrato Infantil
Adolescencia	Embarazo Precoz Abuso Sexual Transtornos de la Alimentación (Anorexia - Bulimia) Crisis de Identidad
Adultez	Enfermedades Crónicas No Transmisibles Depresión Depresión vinculada a Salud Reproductiva (problemas psicológicos asociados a la menstruación, síndrome premenstrual, depresión post parto). Embarazo - Planificación Familiar Infertilidad Violencia Intrafamiliar Sexualidad (problemas comunicacionales referidos a las relaciones sexuales, abuso, violencia sexual) Climaterio (50 - 52 años) Efectos de cirugía (histerectomía, mastectomía)
Vejez	Alzheimer (como enfermas y "cuidadoras") Depresiones mayores

Los equipos de salud del Programa de la Mujer y de Salud Mental deben coordinarse para la determinación de riesgos locales y para el diseño y focalización de las

actividades de prevención, detección y atención. Las actividades del programa deben diseñarse para detectar estos riesgos en todas las mujeres consultantes.

ALGUNOS TEMAS RELEVANTES

Entregamos algunos elementos básicos que permitirán a los equipos de salud prevenir y detectar sintomatología respecto a los trastornos de salud mental que consideramos de mayor relevancia.

Actualmente la Unidad de Salud Mental se encuentra desarrollando instrumentos diagnósticos que permitirán detectar los principales riesgos psicosociales y de salud mental en el nivel primario. Este instrumento facilitará la labor de detección y pesquisa de los equipos de salud.

Depresión:

El principal malestar que afecta la salud mental de las mujeres es la depresión. Es importante hacer la distinción entre un estado de ánimo depresivo como una reacción normal ante una decepción o pérdida, de un trastorno depresivo. La depresión interrumpe el funcionamiento familiar, social y laboral y tiende a agravar pronósticos de otras enfermedades.

Aproximadamente un 15 % de los consultantes en algún momento sufren de trastornos depresivos. Sin embargo, menos de 1 de cada 3 casos son diagnosticados correctamente. Los equipos de salud deben estar en condiciones de detectar y evaluar algunos indicios que permiten intervenir o derivar los casos.

Los síntomas más relevantes de un síndrome depresivo en mujeres se presentan a nivel

- R emocional : desánimo y apatía
- R cognitivo : baja autoestima y desesperanza en el futuro
- R motivacional : poca iniciativa
- R conductual : pérdida del apetito, trastornos del sueño, pérdida de interés por el sexo, cansancio.

En general los síntomas somáticos tienden a agruparse y pueden presentarse simultáneamente: pérdida de apetito y de peso, estreñimiento, alteraciones del organismo (sequedad bucal, dolores, cefaleas, sensación de opresión en el pecho, cansancio excesivo), alteraciones menstruales, prolongación o cese del período menstrual.

Más allá de los factores ya señalados numerosas investigaciones han demostrado que la mujer golpeada, violada o maltratada manifiestan sintomatología depresiva. Algunos síntomas descritos por la Asociación Americana de Psicología incluyen, pesadillas o “flashback” de acontecimientos pasados, indiferencia emocional, conductas de evitación de contactos interpersonales.

EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL

La familia, idealmente un núcleo de seguridad y salud mental, con frecuencia se convierte en un locus de violencia. En la gran mayoría de los casos, la violencia intrafamiliar es desproporcionalmente dirigida hacia la mujer y/o los niños. En una entrevista clínica, muchas veces lo que es detectado como “estado de ánimo depresivo” puede ser producto de respuestas post-traumáticas de violencia intrafamiliar.

Las respuestas psicológicas que tienden a acompañar el ciclo de violencia son estado de shock, negación, terror, intentos de reparación e integración y finalmente depresión, caracterizado por retraimiento y conductas auto-acusatorias. Según Seligman, la mujer golpeada desarrolla respuestas de desesperanza aprendida, esto es, pierde toda capacidad de predecir resultados, elaborando distorsiones cognitivas, en que minimiza, niega, y pierde confianza en su propia capacidad de controlar la violencia. Las víctimas le temen a la confrontación y aprenden formas de ocultar su situación de sí mismas y del abuso. Se presentan como sumisas y emocionalmente estables.

Víctimas de violencia sexual exhiben síntomas psiquiátricos, especialmente, depresión, ansiedad, somatizaciones, trastornos obsesivos-compulsivos y ideas paranoicas. Como efectos inmediatos se detecta temor a la muerte, ansiedad, depresión, rabia y hostilidad, culpa y vergüenza. A largo plazo, estudios han observado que tiende a presentarse temor ante las experiencias sexuales, rechazo a la propia sexualidad, frigidez y vaginismo. También se ha asociado la violencia a dolores pélvicos y otras molestias ginecológicas.

SALUD REPRODUCTIVA Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

La maternidad para la mujer representa un acontecimiento fundamental, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y cultural. Dado la magnitud del cambio, muchas mujeres sufren de considerable malestar psicológico en el primer año de vida del hijo.

Existe creciente evidencia a través de estudios epidemiológicos que este es un momento de alto riesgo de trastornos en el plano de la salud mental de la mujer.

Los trastornos psicológicos característicos del período post parto se clasifican de la siguiente manera:

- Ø Malestar post parto ("blues"): la sintomatología se manifiesta en los primeros diez días después del parto, con el momento más agudo después de 3 a 5 días. Los síntomas pueden durar horas o estar presentes varios días, pero luego decrecen rápidamente, hasta desaparecer. Se caracteriza por un período de labilidad emocional, lloriqueo, alteraciones del sueño, ansiedad e irritabilidad. La mayor parte de los autores concluyen que este es un trastorno transitorio, que necesita ser reconocido, explicado y enfrentado con apoyo y empatía.
- Ø Depresión post- parto (puerperal): provoca considerable malestar a la madre, interfiere con el vínculo y desarrollo del niño, y en sus relaciones de pareja, familiares y sociales. Se refiere a un trastorno con una alteración de ánimo persistente, sentimientos de incapacidad, dificultad en establecer nuevas rutinas cotidianas, intolerancia a la frustración, retraimiento social, culpa y ansiedad frente al niño. También puede acompañarse de sintomatología somática, como anorexia, trastornos del sueño. Dura entre 3 y 6 meses, posibles intervenciones contemplan apoyo social y terapia de pareja.
- Ø Psicosis post-parto: el trastorno más serio que se da con una frecuencia de 1 a 2/1000 nacimientos. Se da dentro de las primeras 4 semanas del nacimiento, presentándose con alucinaciones auditivas, síntomas catatónicos, confusión, etc.
- Ø El vínculo madre- hijo se ve afectado por los trastornos post parto, influyendo en el desarrollo del niño y en establecimiento del vínculo afectivo muchas veces manifestándose un rechazo por el recién nacido, maltrato o abandono infantil.

Es importante que los equipos de salud de nivel primario introduzcan orientaciones en la consulta individual y grupal de manera de preparar a la madre para manifestaciones de sintomatología post parto y facilitar y potenciar el desarrollo del vínculo madre-hijo. Esta situación también debe ser considerada en el nivel secundario, entregándole elementos y seguridad a las madres que permiten facilitar las nuevas tareas que debe enfrentar.

- × La relación entre los síntomas psicológicos, el ciclo menstrual y síndrome premenstrual son controvertidos. Aunque un gran número de estudios dan cuenta de malestar, el número de mujeres que efectivamente buscan tratamiento es relativamente pequeño. Muchas veces el entregarle a la mujer la posibilidad de compartir su malestar, permite manejar la sintomatología presente de mejor manera, incorporando información que facilita una mayor comprensión de su estado.
- × El Climaterio nuevamente es una etapa de vida de cambios complejos que debe ser entendido como un proceso que está moldeado por factores personales, ambientales y culturales. Climaterio no es sólo un momento inevitable del envejecimiento, también implica transición en relación al rol de la mujer y concepciones sobre su sexualidad. Es un momento en que la mujer también necesita ser escuchada y donde es importante entregarle información detallada y comprensible que le permitirá tomar opciones respecto a la gama de posibilidades para enfrentar de la mejor manera este período.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

Sra. Ana Ayala G .	Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer Ministerio de Salud
Dra Anabella Arredondo	Epidemióloga CONASIDA Ministerio de Salud
Sra. Ana M. Arancibia A	Secretaria Académica del Depto. de Obstetricia de la Universidad de Antofagasta
Sra. Mercedes Báez C.	Educadora para la Salud Unidad Educación para la Salud Ministerio de Salud
Sra. Xenia Benavides M.	Nutricionista Asesora Secretaría Regional Ministerial Región Metropolitana
Sra. Patricia Bravo M	Matrona Asesora Depto Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Central
Dra. Cecilia Castillo L .	Encargada Unidad de Nutrición Ministerio de Salud
Dr. René Castro S.	Encargado Programa Salud de la Mujer Ministerio de Salud
Sra. Gabriela Charmes	Sicóloga Programa de Salud Mental Ministerio de Salud.
Sra. Nora Donoso V.	Unidad de Participación Social Depto. Atención Integrada Ministerio de Salud
Sra. Bernardita Fernández R.	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Sur
Sra. Jazmín García P .	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Central
Sra. Leticia Lorenzetti S	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Srta. Natalia Meta B.	Matrona y Educadora del area de Prevención de

CONASIDA Ministerio de Salud.

Sra. Patricia Narvaez E.	Matrona Programa de Salud Mental Ministerio de Salud.
Sra. Genoveva Pacheco	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metrop. Occidente
Sra. Diana Ruiz F.	Directora del Depto de Obstetricia Universidad de de Antofagasta.
Sra. Patricia Rivas	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Sur
Sra. Rosa Romero P.	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metropolitano Norte
Sra. Elba Rubio L .	Matrona Asesora Programa Salud de la Mujer Ministerio de Salud
Dr. Alberto Minolletti S.	Unidad de Salud Mental Depto. Programas de las Personas Ministerio de Salud
Sra. Patricia Morgado A.	Enfermera-Matrona Programa Salud del Adulto Ministerio de Salud
Dra. Cecilia Sepúlveda B.	Encargada Unidad de Cáncer y Tabaco Ministerio de Salud
Dra. Liliana Soto	Depto. Odontológico Ministerio de Salud
Sra. Eugenia Tobar O .	Matrona Asesora Depto. Programas de las Personas Servicio de Salud Metrop.Sur - Oriente
Dra. Clelia Vallebuona S.	Encargada Unidad de Salud Ocupacional Ministerio de Salud
Srta. Yolanda Cornejo R .	Secretaria Programa Salud de la Mujer Ministerio de Salud

APORTE DE INSTITUCIONES

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER (SERNAM)
- COLECTIVO MUJER SALUD Y MEDICINA SOCIAL (COMUSAMS)
- CORPORACIÓN DE SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES (CORSAPS)