



Ministerio de Salud Pública
y Bienestar Social

Guía para la Planificación en Salud Sexual y Reproductiva

PARAGUAY 2009-2013

*Promoviendo la equidad
en calidad de vida y salud
para una vida sexual y reproductiva plena*



**Guía para la Planificación en
Salud Sexual y Reproductiva
Paraguay 2009-2013**

*Promoviendo la equidad
en calidad de vida y salud
para una vida sexual y reproductiva plena*

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
www.mspbs.gov.py

Índice

<i>Presentación</i>	6
<i>Introducción</i>	
1. Los Derechos Humanos	9
2. El Derecho a la Salud	10
3. La Equidad en Salud	11
4. Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva	13
5. Los Derechos Sexuales y Reproductivos	14
<i>El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013</i>	
Antecedentes	15
Salud Sexual y Reproductiva en la Política de Salud	16
Objetivo Estratégico del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013	16
Ámbitos de la Salud Sexual y Reproductiva	17
I. Maternidad Segura	19
II. Planificación Familiar	29
III. Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y por el VIH	35
IV. Educación de la sexualidad. Trabajo con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes	41
V. Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva	47
VI. Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género, VBG	51
VII. Abogacía, Comunicación Educativa y Participación	59
VIII. Monitoreo y Evaluación	63
<i>Indicadores del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</i>	67
<i>Acrónimos</i>	81

Presentación

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013 es fruto de un conjunto de aportes surgido en talleres participativos desarrollados en las 18 Regiones Sanitarias del país. El proceso de construcción de este Plan fue multidisciplinario, interinstitucional, intersectorial y con amplia participación de la sociedad civil.

Plan Nacional agrupa sus líneas de acción en nueve ámbitos funcionales que deberán ser desarrollados con el enfoque sistémico de la actual política de salud, y aplicados en cada caso de acuerdo a las necesidades de las personas en las etapas de su ciclo de vida. Los lineamientos generales para la acción se concretarán a partir del 2009 mediante programaciones operativas de las instituciones de salud en cada territorio-población correspondiente a los establecimientos de las redes de servicios, en cada distrito y departamento del país, de acuerdo a sus propios requerimientos, las peculiaridades de la población y los recursos disponibles.

Una de nuestras metas es superar las inequidades en salud, requisito básico para el desarrollo humano y la consolidación democrática. Tenemos que avanzar hacia la universalización del acceso y la utilización de los servicios con oportunidades para las personas y grupos de población con mayores vulnerabilidades biológicas y sociales. Los que más necesitan deben tener mayores oportunidades de resolver sus problemas de salud.

Las propuestas del Plan Nacional responden a necesidades básicas de salud en el campo de la sexualidad y la reproducción. Son técnicamente factibles, políticamente viables y económicamente sustentables. Serán mejor implementadas en la medida en que podamos fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud con los cambios necesarios para hacerlo eficaz, incluyente y solidario. Tenemos que vencer las inercias que todavía pudieran retardar la modernización organizativa, tecnológica y de gestión de nuestras redes de servicios, incluyendo sus equipos de salud de la familia, para que lo enunciado en el Plan se convierta en hechos concretos en beneficio del bienestar de la gente.

Es nuestro deseo que el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se constituya en un instrumento de concertación de políticas públicas en la materia y que este documento complementario sea de utilidad como guía técnica en la programación operativa para los trabajadores de la salud de todo el país, quienes con sus competencias y vocación de servicio forman alianzas y redes colaborativas entre instituciones, proveen servicios de calidad y trabajan conjuntamente con las personas y las comunidades en la construcción colectiva de la salud con equidad como dimensión esencial de la calidad de vida.

Dra. Esperanza Martínez

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

1. Los Derechos Humanos

Todas las personas, cualquiera sea su edad, sexo, situación socio-económica, pertenencia étnico-cultural, concepción política, filosófica o religiosa, deben tener igualdad de oportunidades y autonomía para ejercer un conjunto de derechos que surgen de su propia dignidad humana.

Los derechos humanos no son aspiraciones o simples enunciados. Constituyen un conjunto de normas imperativas que se expresan como obligaciones que deben ser cumplidas. Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son universales, indivisibles e interdependientes.

Las personas tienen derecho a vivir y alcanzar el mayor nivel posible de bienestar y calidad de vida, así como a disponer de condiciones que les permitan ir mejorando continuamente su existencia. Así lo establecen la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros documentos reconocidos por los países (entre ellos el Paraguay) y por la comunidad internacional.

Nuestra Constitución Nacional (1992) expresa que “el derecho a la vida es inherente a la persona humana”. Garantiza “su protección, en general, desde su concepción”; establece que “toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y síquica, así como en su honor y en su reputación”. También destaca que “la calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan sus factores condicionantes”.

La calidad de vida se expresa en la capacidad de las personas para funcionar en armonía consigo mismas y con los demás, incorporando como parte de sus vidas la satisfacción de sus necesidades en educación, salud, seguridad, vivienda, servicios básicos, ambiente físico y social saludable, expresión libre del pensamiento, comunicación y participación en la gestión local.

La Cumbre Mundial del Milenio reafirma la centralidad de los derechos humanos para la implementación de sus metas. Declara que “no tendremos desarrollo sin seguridad, seguridad sin desarrollo” y “no tendremos seguridad ni desarrollo sin el respeto a los derechos humanos”.

Según quienes son sus titulares, los derechos humanos pueden ser individuales, de los pueblos, o de grupos humanos específicos. Según sus áreas temáticas, se tienen los derechos civiles y políticos (vida, seguridad, libertades, garantías penales y procesales); los derechos de los pueblos (libre determinación, desarrollo, medio ambiente, paz, seguridad alimenticia, patrimonio cultural); los derechos de grupos específicos (mujer, pueblos indígenas, niñez, adolescencia, migrantes, personas con capacidades diferentes) y los **derechos económicos, sociales y culturales (DESC) que comprenden, entre otros, a la educación, la salud, el trabajo, la alimentación, la vivienda y la participación en la vida cultural.**

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales de protección para las personas y los grupos de población. Pertenecen a todos por igual, varones y mujeres y cuentan con mecanismos e instrumentos de análisis, programación, evaluación y abogacía.

2. El Derecho a la Salud

Entre los derechos de las personas, los pueblos y los grupos humanos específicos, se destaca el derecho a la salud, que abarca a cada persona en su dimensión individual (física, síquica, mental y espiritual) y en su dimensión social.

El derecho a la salud corresponde a todas las personas y los grupos sociales, quienes como titulares de ese derecho, deben exigir a quienes formulan las políticas, a los organismos del Estado y a los responsables de los servicios sociales y de salud, que mantengan las condiciones necesarias para que todas las personas y comunidades puedan alcanzar el mayor nivel posible de salud en todas sus dimensiones.

La salud es un derecho humano fundamental, y además una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. No es apenas el derecho a estar sano, es el derecho a disfrutar de una amplia gama de leyes, bienes, servicios y otras condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de calidad de vida.

La salud es un derecho incluyente. Abarca la atención por profesionales de las ciencias de la salud, acciones en las redes de servicios y las comunidades, y el acceso a factores determinantes de la salud: educación, trabajo, alimentación, estilos

de vida y ambientes saludables y conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad y la procreación.

El derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado y realizarse como un continuo en todas las etapas del ciclo de vida: en las personas por nacer, en las recién nacidas, la infancia, niñez y adolescencia, en mujeres y varones adultos y en las personas adultas mayores.

La salud implica derechos pero también obligaciones. Como en todo derecho humano, en el marco del derecho a la salud co-existen dos grupos de sujetos: los que gozan de ese derecho o titulares de derechos (todas las personas en todas las etapas de su vida) y los que tienen la obligación de concretar el derecho o titulares de deberes (el Estado y sus instituciones incluyendo las redes públicas de salud). Es obligación del Estado respetar, proteger, realizar y garantizar el derecho a la salud. El Estado debe crear y promover un entorno legal, político, cultural, educativo, económico, social y ambiental favorable a la salud mediante políticas públicas saludables que contribuyan al pleno ejercicio del derecho a la salud de todas las personas.

El Estado debe **reconocer los derechos y abstenerse** de intervenir en su libre ejercicio en la ciudadanía (**respetar**); garantizar que otras personas o instituciones no interfieran con el disfrute de los derechos (**proteger**) y asegurar el ejercicio del derecho por todas las personas, sin discriminación alguna (**garantizar su cumplimiento**).

La ciudadanía debe exigir el cumplimiento de sus derechos, y denunciar cuando éstos no se cumplen o son violados, utilizando para ello los mecanismos de participación y de contraloría social. Debemos exigir al Estado, pero también construir conciencia sobre derechos y obligaciones al interior de la sociedad civil y en cada persona para el cuidado de la salud.

3. La Equidad en Salud

La salud y las condiciones de vida se producen socialmente. Las relaciones sociales y de poder determinan la distribución de bienes y recursos que, cuando es injusta, conduce a mayor bienestar en unos grupos y mayores carencias en otros.

La diversidad de atributos naturales y sociales es una característica consustancial de las personas y de los grupos humanos. En este marco, se concretan diferenciaciones entre culturas, etnias y géneros y se producen construcciones sociales, culturales y de poder que generan sociedades y grupos de población desiguales, con satisfacción también desigual de las necesidades, generándose las **inequidades**.

La concentración del poder y la acumulación de recursos producen asimetrías injustas, individuales y sociales, que impiden una justicia social que es la que “otorga a cada quien según sus necesidades y le permite aportar según sus capacidades”. Las inequidades en salud se dan cuando existen desigualdades innecesarias, evitables e injustas.

Las inequidades son problemas éticos y de justicia social debidas a múltiples causas y condicionantes: estructura social, política y económica, variables geográficas, de idioma, género, edad y características étnico-culturales. Las inequidades responden a situaciones asimétricas entre dos o más actores, entre géneros o identidades, que adoptan posiciones y conductas hegemónicas de poder de unos sobre los otros.

Cuando el sistema de salud y sus redes de servicios se apegan a rutinas, con escasa consideración de la interculturalidad y de las necesidades específicas de los variados grupos de población, generan exclusiones y brechas de equidad que se dan en el acceso a la atención, en la utilización de los recursos tecnológicos y los insumos, así como en los resultados en salud. La segmentación del sistema, la fragmentación de programas con focalizaciones excluyentes, mantienen y acrecientan las inequidades.

Para enfrentar las desigualdades injustas se deben hacer visibles las inequidades y promover cambios culturales y operativos en todos los frentes, con políticas públicas que logren pasar de la exclusión social y la discriminación hacia la integración y la inclusión en salud. El Estado tiene la obligación de garantizar igualdad de oportunidades para todas las personas y orientar su acción para reducir las disparidades injustas, aplicando una filosofía de justicia donde ninguna persona se encuentre en desventaja para desarrollar plenamente sus capacidades.

Las inequidades en salud también se expresan en los presupuestos y en su ejecución. La magnitud y la calidad del “gasto público en salud” y sus criterios de distribución, son herramientas de impacto para lograr mayores niveles de equidad al interior del sistema de salud.

Así como Latinoamérica no es la región más pobre, pero es la más desigual en el mundo, nuestro país no es el más pobre, pero es uno de los más desiguales de Latinoamérica. El respeto de los derechos se expresa por la ausencia de discriminaciones. La no discriminación en salud implica garantizar a todas las personas y durante todo su ciclo de vida, la igualdad de oportunidades, la protección y atención en las funciones esenciales de la salud pública, acceso a servicios sociales y de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Las inequidades en salud en el Paraguay se relacionan con procesos históricos, estructurales y socioeconómicos de larga data. Numerosos estudios señalan que quienes más lo necesitan, reciben menores beneficios: personas pobres que viven en barrios periurbanos y “bañados”, asentamientos campesinos, comunidades indígenas, mujeres y varones jóvenes y adolescentes, personas guaraní-parlantes, adultos mayores, personas con capacidades diferentes y en situación de calle.

Para alcanzar la equidad en los servicios se deben derribar barreras normativas, económicas y culturales en el acceso; eliminar sesgos en los modelos de atención; acercar los servicios a los grupos de población más vulnerables, desarrollar perspectivas de interculturalidad, ciclo de vida y género, con atención amigable para niñas, niños, jóvenes y adolescentes y trato cálido para todas las personas.

Los diálogos a nivel local entre prestadores, usuarios, usuarias y grupos comunitarios permitirán adecuar modelos, horarios y turnos de atención a las necesidades de la gente y a las posibilidades de los servicios para mejorar la calidad. La atención a los grupos indígenas es de alta prioridad. La interculturalidad en los servicios debe comprender la concepción de vida y de la salud-enfermedad de estos grupos, sus usos, costumbres y lenguas y el respeto a la diversidad cultural.

El intercambio de conocimientos con las organizaciones comunitarias y vecinales permitirá recoger miradas de diferentes actores ante las inequidades, para ir consolidando la responsabilidad social compartida con el Estado. Con este abordaje reforzado por mecanismos de contraloría social, foros de monitoreo, audiencias públicas, participación de medios locales de comunicación, se podrá impulsar cambios en la direccionalidad de las acciones.

4. Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad es una condición humana compleja: implica órganos y funciones biológicas, aspectos psicológicos, mentales, espirituales y de relacionamiento interpersonal con significaciones culturales diversas. **La sexualidad es parte de la individualidad y la intimidad personal y además, de relaciones de pareja y de comportamientos sociales.** Es campo de valoraciones éticas, jurídicas y de salud.

La sexualidad y la procreación son aspectos inherentes a cada ser humano. La vigencia de los derechos humanos posibilita el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que garantiza a las personas una vivencia de su sexualidad sana, placentera y sin riesgos, opuesta a toda forma de discriminación, coacción o violencia.

Los seres humanos somos igualmente libres y dignos en todas las etapas y funciones de nuestra vida, incluyendo en nuestra sexualidad y capacidad reproductiva. La salud sexual y reproductiva (SSR) forma parte del concepto integral e integrado de la salud, donde el equilibrio de las dimensiones física, síquica, mental, espiritual y social de la salud, la sexualidad y la procreación responsables, son aspectos inseparables de la vida humana.

La sexualidad es componente integral de la personalidad. La salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y de equidad es parte indivisible de los derechos humanos. La salud sexual en el marco de la salud integral, es esencial para el bienestar individual, interpersonal, familiar y social. Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en el contexto de una ética personal y social.

5. Los Derechos Sexuales y Reproductivos

Representan la vigencia de derechos humanos básicos, en el marco de la salud sexual y reproductiva. Son derechos sexuales y reproductivos, entre otros: el derecho a una maternidad segura, el derecho a información veraz y adecuada en temas de salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir cuantos hijos tener y cuando y contar con los medios para hacerlo, el derecho a no sufrir discriminación por razones relacionadas a la reproducción o a la sexualidad (por embarazo, por ser portador de VIH, por orientación sexual y otras), el derecho a no sufrir violencia de ningún tipo, incluyendo la violencia sexual, el derecho a no sufrir enfermedades de transmisión sexual, el derecho a una atención de calidad en los servicios de salud basada en la vigencia de los derechos de las usuarias y usuarios.

Los derechos sexuales y reproductivos tienen su realización en la relación de pareja, pero también en los diferentes espacios donde acontece la experiencia humana de seres sexuados: niñas, niños, hombres y mujeres adolescentes, adultos y personas de la tercera edad en su vida privada, en la escuela, en el trabajo, la calle, las instituciones y comunidades. En todas las etapas del ciclo de vida existen relaciones intragénero, intergénero e intergeneracionales en los diferentes ámbitos de las diversidades económicas, sociales, políticas y culturales que repercuten en la salud sexual y reproductiva.

Las personas y comunidades pueden ser sexualmente saludables. Una sociedad sexualmente saludable es aquella que respeta, protege, exige y garantiza los derechos sexuales y reproductivos de sus integrantes. Una educación de la sexualidad oportuna, adecuada y completa ayuda a que las personas, las familias y las comunidades estén mejor preparadas para actitudes y prácticas responsables que favorezcan su salud y calidad de vida.

El Plan Nacional de de Salud Sexual y Reproductiva 2009 - 2013

Antecedentes

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 fue evaluado en las 18 Regiones Sanitarias del país en un proceso multidisciplinario, interinstitucional y con amplia participación de representantes de gobernaciones, municipios y secretarías de salud, de educación; mujer; niñez y adolescencia y de la sociedad civil y con participación de diversas instituciones públicas, ONG y organizaciones sociales.

Los insumos recogidos en esta evaluación fueron analizados en 18 Talleres regionales en un proceso multidisciplinario, interinstitucional y con amplia participación de la sociedad civil que concluye con la construcción colectiva de los lineamientos para el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013, que responde a las orientaciones de la política de salud.

Este documento es una Guía complementaria al Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Tiene el propósito de facilitar la elaboración de planes, proyectos y programaciones operativas a nivel de establecimientos, distritos, departamentos, regiones sanitarias e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Salud Sexual y Reproductiva en la Política de Salud

Para producir el cambio en salud y saldar la deuda social acumulada, el Gobierno nacional pone en ejecución el conjunto de **Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad**. Su propósito es vivir más y mejor garantizando el derecho a la salud como derecho humano bajo los **principios de universalidad, integralidad, equidad y participación**. Dos aspectos resaltantes en la política de salud, que también se expresan en este Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, son: el **enfoque generacional o por ciclo de vida** y la **declaración de la INDIFERENCIA CERO**.

La salud sexual y reproductiva se enmarca en las estrategias de la política de salud. Las acciones de este Plan están presentes en todas las etapas de la vida, tanto en varones como en mujeres, respondiendo a las diferentes realidades de cada periodo vital. La salud sexual y reproductiva no es privativa de una etapa de la vida: involucra a las personas en todo el transcurso de su vida, desde la concepción hasta la muerte. Las redes de servicios, con sus equipos de salud de la familia, implementan las líneas programáticas de cada ámbito de la SSR con el enfoque del continuo de la atención.

El Plan Nacional de SSR no promueve una programación vertical y excluyente, sino que articula las estructuras de programas y servicios de salud con acciones transectoriales y comunitarias. Declara INDIFERENCIA CERO a cada situación o realidad actual en SSR que se considera intolerable, porque debe y puede superarse.

La **INDIFERENCIA CERO** significa que no podemos ser indiferentes, admitiendo como normales situaciones que se pueden eliminar y que causan sufrimientos y muertes evitables. **INDIFERENCIA CERO** expresa nuestro compromiso ético de responder a las necesidades sociales y de salud, porque existen conocimientos científicos y contamos con los recursos y la voluntad política para realizarlo.

Objetivo Estratégico del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013

Salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay mejorada a través de la ejecución de políticas y planes integrados, con enfoque de género y de derechos orientados por la política de salud y sus principios de universalidad, integralidad, equidad, calidad y participación social.

Ámbitos de la Salud Sexual y Reproductiva

Para mejor comprensión y cumplimiento de este Plan Nacional, se organizan sus líneas de acción en 8 (ocho) ámbitos funcionales, todos de prioridad, que deben ser desarrollados con el enfoque sistémico de la política de salud, centrado en el ser humano, su calidad de vida y sus derechos.

Los ámbitos del Plan son:

I.	Maternidad Segura.
II.	Planificación Familiar.
III.	Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
IV.	Educación de la Sexualidad. Trabajo con niños, niñas, jóvenes y adolescentes.
V.	Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva.
VI.	Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia basada en Género (VBG).
VII.	Abogacía, Comunicación Educativa y Participación.
VIII.	Monitoreo y Evaluación.

La ejecución del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se realizará con base a la programación operativa en cada institución establecimiento de salud, distrito y departamento del país integrando acciones que serán desarrolladas en las redes de servicios y en las comunidades, con apoyo y participación ciudadana y de los Consejos de Salud, en el marco de la estrategia renovada de la atención primaria de la salud y con el enfoque del continuo del ciclo de la vida. En las programaciones operativas se determinarán las metas a ser alcanzadas en cada ámbito, institución, servicio y territorio - población del país.

I. *Maternidad Segura*

La maternidad segura es uno de los derechos reproductivos. Incluye la decisión de la mujer y su pareja de optar por la maternidad y cuidar que durante y después del embarazo, el parto y el nacimiento transcurran en condiciones saludables sin que la madre y su bebé sufran trastornos, lesiones o enfermedades.

Las mujeres tienen el derecho a disfrutar de embarazos y partos seguros para ella y su descendencia. El Estado tiene el deber y la responsabilidad de crear condiciones que fortalezcan el poder y la autoestima de la mujer y faciliten su acceso a servicios adecuados para que se pueda respetar, proteger y concretar el derecho a la maternidad con nacimientos seguros y saludables.

El camino a la maternidad segura no comienza con el embarazo, sino mucho antes, con las condiciones de vida de la niña, su familia y la comunidad, los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas, las políticas de salud y educación, la eficacia y calidad de los servicios.

Nuestra Constitución Nacional expresa que “la maternidad y la paternidad responsables serán protegidas por el Estado” y que “se establecerán planes de salud reproductiva y salud materno infantil, en especial para la población de escasos recursos”. El Código Sanitario establece que “durante la gestación, la protección de la salud comprenderá a la madre y al ser en gestación, como unidad biológica”, y agrega “la reproducción humana debe ser practicada con libertad y responsabilidad protegiendo la salud de la persona, desde su concepción”.

La estrategia de la maternidad segura en la política de salud se centra en la educación y empoderamiento de la mujer, en su atención integral en las unidades de atención primaria, con el equipo de salud de la familia y en todos los componentes de las redes de servicios, con el enfoque del continuo de la atención.

La maternidad segura se inicia con un embarazo deseado, transcurre con normalidad y concluye en un nacimiento saludable para la madre y su bebé, y con garantía de cuidados posteriores para ambos (continuo de la atención madre-recién nacido/a).

El enfoque integral para una maternidad segura comprende:

1) atención de la salud de la mujer no embarazada (antes o entre los embarazos); 2) identificación y captación de las embarazadas para su acceso oportuno a la atención prenatal a partir del primer trimestre del embarazo, con cumplimiento de las normas del país basadas en las guías técnicas de la OMS; 3) preparación de la embarazada y su familia, que facilite la identificación oportuna de las complicaciones para su rápida concurrencia a los servicios de urgencia; 4) resolución de las emergencias obstétricas y neonatales en las redes de urgencia; 5) asistencia del parto con recepción del recién nacido (nacimiento seguro) a cargo de personal calificado y en servicios habilitantes con laboratorio, instrumentales, equipos, medicamentos, sangre segura y otros insumos necesarios; 6) aplicación de normas y protocolos y permanente actualización de datos del estudio CONE; 7) contacto afectivo temprano de la madre (piel a piel) con el recién nacido; 8) cumplimiento de los diez pasos de la lactancia materna exclusiva; 9) atención posnatal y enfoque del “continuo de atención de niños y niñas”; 10) acceso a servicios de planificación familiar con disponibilidad de amplia gama de anticonceptivos para la elección informada.

Esto se complementa con el desarrollo del sistema de vigilancia de la salud, la morbilidad materna y neonatal; así como del monitoreo y evaluación de procesos y de resultados de la planificación en SSR.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR-2008), realizada por el CEPEP, muestra que las mujeres embarazadas acuden a la consulta prenatal: el 90,5 por ciento de ellas cumplieron con la norma recibiendo cuatro atenciones prenatales o más. Los datos de los servicios revelan que solamente el 28 al 31 por ciento de estas atenciones se realizan oportunamente durante el primer trimestre del embarazo. De acuerdo a la misma ENDSSR-2008 el porcentaje de partos en las instituciones de salud ha aumentado del 56,3 por ciento en 1998 al 84,6 por ciento en el 2008. Los partos realizados en el domicilio han disminuido de 21,3 por ciento en el 2004 a 11,5 por ciento en el 2008.

Es parte de la maternidad segura garantizar el registro oportuno de los nacimientos que otorga ciudadanía al recién nacido/a, además de aportar una valiosa información para el registro de hechos vitales y su uso en indicadores demográficos y de salud.

La mortalidad materna y la neonatal son los extremos negativos de la maternidad segura. Las muertes de madres y recién nacidos se producen como consecuencia de complicaciones del embarazo y del parto que no fueron atendidas; que fueron atendidas pero con demoras que agravaron la situación, o por complicaciones deficientemente atendidas y no resueltas por las redes de servicios.

En el país persisten problemas estructurales que dificultan determinar de manera confiable las cifras de mortalidad materna y neonatal. Existe elevado porcentaje de muertes registradas sin certificación médica o con deficiencias en la identificación de la causa de defunción. El sub-registro de muertes maternas y de nacidos vivos es elevado. Hay deficiencias en el llenado de la historia clínica perinatal y de los certificados de defunción.

La razón de mortalidad materna (RMM) se estima entre 150 a 170 por 100.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal es de 16 por 1.000 nacidos vivos y la de mortalidad perinatal es de 20 por 1.000 nacidos vivos. El porcentaje de partos asistidos por personal calificado se estima en 86 por ciento. El 19 por ciento de los recién nacidos son de bajo peso (años 2005 a 2008, MSPyBS).

Estimaciones de OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial, difundidas por la OMS en la publicación “Mortalidad Materna en 2005”, se consignan los siguientes datos del Paraguay y de América Latina y el Caribe (LAC):

Descripción	Paraguay	LAC
Razón de mortalidad materna (RMM) (Margen de incertidumbre)	150 por 100.000 n.v. (Mínimo 99 y Máximo 200)	130 por 100.000 n.v.
Riesgo de defunción materna	Una entre 170	Una entre 290

El sistema de vigilancia de la salud y la morbimortalidad materna y neonatal es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos que permite identificar, notificar, medir y determinar las **causas biológicas** y las causas condicionantes (**no biológicas**) de la morbimortalidad materna y neonatal. El propósito es disponer de informaciones oportunas para tomar medidas pertinentes para la prevención de nuevos casos y evitar que se repitan circunstancias similares a las que incidieron en la muerte que es analizada.

La muerte materna o neonatal para muchas mujeres es el final de un largo camino de inequidades que se confunde con la historia de su vida. La exclusión social, la debilidad del sistema de salud, la poca capacidad resolutoria de los servicios; el escaso financiamiento y la baja calidad en la inversión en salud son factores que contribuyen a la persistencia de esta problemática identificada como “epidemia silenciosa”.

En los últimos 5 años (2004-2008) las **causas biológicas de muerte materna** fueron: aborto (27 por ciento), hemorragias (22 por ciento), hipertensión (20 por ciento), infecciones (13 por ciento) y 18 por ciento por causas indirectas de agravamiento de enfermedades preexistentes al embarazo (tuberculosis, malaria, desnutrición, diabetes y otras). Las **causas biológicas de la muerte neonatal**: prematuridad, asfixia, infecciones, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer. A las causas biológicas se le suman las **causas no biológicas**: demoras en la toma de decisiones en el hogar, pérdida de tiempo en llegar a los servicios, demoras por deficiencias en las guardias médicas, por razones gerenciales de los servicios, atención insuficiente, deficiente y con escasa resolución en las redes de urgencias.

La morbimortalidad materno-neonatal es resultado de factores complejos relacionados a los determinantes de la salud: deficiencias en calidad de atención, cobertura y acceso a los servicios. Estos factores educativos, de organización y de gestión se dan en el marco de la pobreza y las inequidades.

Existe estrecha relación entre salud, enfermedad y mortalidad materna con la neonatal. Las acciones orientadas a la salud materna influyen directamente en la neonatal. La mortalidad infantil viene disminuyendo, pero la mortalidad neonatal permanece elevada.

Paraguay forma parte de la Estrategia Regional de las Américas de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal. También de la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y de la Niñez, así como de los compromisos, metas y objetivos del Milenio (ODM).

En nuestro país se ha ampliado el concepto del cuidado obstétrico que se utiliza en los demás países, incorporando la atención neonatal en lo que se denomina **“Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE)**. Estos cuidados requieren de recursos humanos calificados, instalaciones, equipos, instrumentales, insumos, medicamentos y una eficaz articulación de las redes de servicios con las familias y comunidades para el manejo de las emergencias.

La articulación de acciones de Salud Sexual y Reproductiva con la estrategia de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) neonatal y comunitaria, es fundamental para lograr una maternidad segura.

Es necesario aumentar la visibilidad y crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal, que comienza antes del embarazo, con el cuidado de la salud de las niñas y adolescentes y de las mujeres en edad fértil, la atención calificada prenatal, durante y después del parto y el nacimiento.

La INDIFERENCIA CERO significa en la política de salud una meta y un compromiso ineludible: marca lo que no podemos seguir tolerando o admitiendo como normal pues implica sufrimientos y muertes innecesarias que podemos evitar. En el ámbito de la Maternidad Segura se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Atención prenatal no oportuna y con menos de cuatro consultas.
- Falta de protección en el trabajo para embarazadas y madres lactantes.
- Falta de inmunizaciones durante el embarazo y en los recién nacidos de acuerdo a la Norma.
- Falta de información y consejería sobre maternidad segura y CONE.
- Mujeres sin PAP, de acuerdo a normas.
- Demoras en los servicios para la atención de las emergencias obstétricas, urgencias hipertensivas, cardíacas y metabólicas en la embarazada.
- Partos no asistidos por profesionales y en servicios calificados.
- Servicios desabastecidos de medicamentos de urgencia, insumos, anticonceptivos incluidos anticonceptivos de emergencia y condones.
- Hospitales sin sangre segura.
- Bajo peso al nacer.
- Mortalidad materna y neonatal por causas evitables.
- Subregistros de nacimientos y de defunciones y morbilidad materna y perinatal.
- Inscripciones tardías y deficiencias en identificación del recién nacido.
- Morbimortalidad neonatal e infantil por causas relacionadas con la atención del embarazo y del parto.
- Falta de diagnóstico y tratamiento adecuado de las embarazadas con deficiencias de micronutrientes como el yodo, ácido fólico y hierro.
- Muertes maternas y neonatales sin análisis técnico de causas de mortalidad.
- Embarazadas sin análisis para sífilis (VDRL) y para VIH.
- Embarazadas VIH reactivas sin tratamiento con antirretrovirales (ARV).
- Disociación o divorcio entre estructuras de programas y de servicios de salud.
- Falta de atención odontológica, mala nutrición y anemia de la madre.
- Falta de promoción de la lactancia materna inmediata y exclusiva.

Objetivo General:

Los embarazos, partos y puerperios transcurren saludablemente y con seguridad tanto para la madre como para su bebé, mediante el autocuidado y acciones oportunas y eficaces de los servicios y las comunidades en todas las Regiones Sanitarias del país.

■ Línea de Acción 1: Salud de la mujer no embarazada

Resultado Esperado: Las mujeres no embarazadas tienen la posibilidad de verificar su estado de salud antes de un proceso reproductivo (etapa preconcepcional), mediante consultas realizadas en los servicios de salud.

Lineamientos:

- ✓ Educación oportuna a las mujeres sobre derechos, para facilitar mayor autonomía y poder en la toma de decisiones reproductivas responsables.
- ✓ Orientación y atención a mujeres adolescentes en aspectos de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Promoción de la salud y visitas periódicas a los servicios, para la identificación y control de condiciones y factores de riesgo que puedan afectar un futuro proceso reproductivo (ITS, VIH, anemia, desnutrición, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y tuberculosis).
- ✓ Vacunación de mujeres adolescentes y adultas, incluyendo antitetánica y antirrubéola, conforme a normas del PAI.
- ✓ Orientación hacia una alimentación, nutrición y estilos de vida saludables.
- ✓ Administración de ácido fólico, antes y durante el embarazo y después del parto, conforme a normas.
- ✓ Orientación a las personas y parejas sobre los cuidados para un embarazo saludable y la planificación familiar, de acuerdo a las preferencias de cada persona.
- ✓ Orientación sobre situaciones de infertilidad-esterilidad.
- ✓ Prestación de servicios de ginecología para mujeres adolescentes, jóvenes y adultas.
- ✓ Mejoramiento de actitudes, aptitudes y competencias de los proveedores de servicios de salud para la atención de la mujer en etapas preconcepcionales o interconcepcionales de su vida.
- ✓ Provisión de servicios de planificación familiar, cuando se lo solicita.
- ✓ Registro estadístico según normas.

■ Línea de Acción 2: Prenatal oportuno y adecuado

Resultado Esperado: Las mujeres embarazadas consultan al servicio de salud, a partir del primer trimestre de su embarazo, para su atención prenatal, realizada conforme a las normas nacionales (basadas en documentos de la OMS).

Lineamientos:

- ✓ Estimación del número esperado de embarazadas en cada servicio y territorio-población, para la programación local de actividades de atención prenatal.
- ✓ Estrategias especiales para identificar y atender oportunamente a embarazadas pertenecientes a grupos de población excluidos o con mayores vulnerabilidades (de familias pobres, adolescentes, indígenas, mujeres en situación de calle, de asentamientos campesinos y periurbanos y otros).
- ✓ Identificación en la comunidad, atención y referencia de las embarazadas a través de los servicios de salud, equipos de salud de la familia, monitores de salud, promotores comunitarios y otros mecanismos de captación.
- ✓ Sensibilización a las comisiones y líderes vecinales y educación a la población sobre la importancia de la atención prenatal oportuna, periódica y completa mediante visitas a los servicios y orientaciones recibidas de educadores, promotores y proveedores de servicios de salud.
- ✓ Educación de la embarazada y su pareja sobre cuidados durante el embarazo, estilos de vida, sexualidad, nutrición y aclaración de sus dudas y temores.
- ✓ Informaciones veraces y completas a cada embarazada sobre signos, molestias y síntomas de alarma o peligro de las complicaciones del embarazo (charlas, folletos, volantes).
- ✓ Utilización de medios escritos, televisivos, radiales y alternativos (en especial radios comunitarias) para informaciones útiles y mensajes educativos sobre maternidad segura.
- ✓ Educación en servicio de los prestadores de salud para aplicar las normas de atención de la mujer y la vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal, con calidad técnica y humana.
- ✓ Estrategias para garantizar el acceso a las redes de servicios de las personas de menor escolaridad y nivel socio-económico.
- ✓ Atenciones prenatales oportunas y de calidad, de acuerdo a las normas, apoyo psicológico desde el inicio de la gestión a la embarazada y su familia.
- ✓ Orientación en el planeamiento del parto, incluidos los preparativos para la atención del recién nacido y su crianza.
- ✓ Información oportuna y adecuada a las embarazadas para comprender la importancia de llenar, conjuntamente con el proveedor de salud, la guía “Preparando mi Parto”, y de elegir anticipadamente el lugar del nacimiento.
- ✓ Utilización adecuada de las redes de laboratorios para la determinación de los análisis laboratoriales pertinentes (VDRL, prueba para VIH, hemograma, tipificación sanguínea, tiempo de coagulación y de sangría, glicemia y otros).

- ✓ Provisión oportuna de medicamentos de apoyo al embarazo (hierro, ácido fólico, vitaminas) y a las mujeres con VIH reactivo y los nacidos de madres sero positivas. (Incluir medicación con anti-retrovirales y leche maternizada).
- ✓ Orientación sobre derechos laborales de la mujer embarazada.
- ✓ Identificación, entre proveedores, embarazadas, su familia y su comunidad, de las medidas de urgencia a tomar en caso de complicaciones durante el embarazo o el parto (medidas en el hogar, transporte urgente, conocimiento del servicio de urgencia de referencia).
- ✓ Disponibilidad y utilización en todos los servicios de normas y protocolos basados en la mejor evidencia científica disponible para aumentar la calidad.
- ✓ Utilización correcta del Sistema Informático Perinatal (SIP) con llenado completo y de calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y de los “Cuadros de Monitoreo” de atención prenatal, partos en los servicios, registro de mortalidad materna y neonatal.
- ✓ Acceso de las embarazadas jóvenes a servicios diferenciados y amigables.
- ✓ Registro estadístico, según normas del SIP y otras del Ministerio de Salud.

■ Línea de Acción 3: Parto realizado por personal calificado y en ambiente habilitante calificado

Resultado Esperado: Las mujeres y sus recién nacidos reciben asistencia oportuna, adecuada y de calidad en el momento del parto y durante el puerperio.

Lineamientos:

- ✓ Educación de la población y sus líderes sobre la importancia de la adecuada atención del parto, por personal y en servicios de salud calificados.
- ✓ Provisión de recursos, tanto humanos como materiales, insumos, equipos y disponibilidad de servicios de apoyo, para la adecuada atención del parto.
- ✓ Asistencia a la mujer durante el parto y el puerperio con calidad técnica y humana, conforme a normas, incluyendo el uso de la HCPB y del partograma.
- ✓ Atención especial de las mujeres mediante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, de acuerdo a Manual de Maternidad Segura OMS (Nuevas prácticas obstétricas) y propuesta de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia).
- ✓ Atención inmediata y adecuada del recién nacido, manejo higiénico del cordón umbilical, protección térmica con manejo adecuado de hipertermia o hipotermia.
- ✓ Prevención de la oftalmia neonatal, uso de Vitamina K y aplicación de vacuna BCG al recién nacido.
- ✓ Promoción del contacto afectivo inmediato entre madre-recién nacido, alojamiento conjunto e inicio precoz de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- ✓ Preparación de los servicios y de sus recursos humanos para atención del recién nacido prematuro, sano o con enfermedades, complicaciones o malformaciones.
- ✓ Utilización de método “madre canguro” para bebés de bajo peso.

- ✓ Provisión oportuna a los servicios de medicamentos, insumos y equipos básicos para la asistencia al parto vaginal o por cesárea y para la atención del recién nacido sano o con complicaciones.
- ✓ Registro del recién nacido vivo con impresión dactilar de la madre e identificación del recién nacido mediante su impresión plantar y digital. Realización del test del piecito, antes de los 30 días de vida. Expedición gratuita y oportuna del Certificado de nacido vivo y del Certificado de Nacimiento.
- ✓ Concienciación de la familia y refuerzo educativo de la madre sobre los cuidados, higiene y alimentación adecuada de la madre lactante y de su hijo o hija y sobre las visitas posteriores al servicio (atención de la puérpera y del recién nacido).
- ✓ Capacitación permanente de los recursos humanos para desarrollar sus competencias en la atención humanizada del parto, puerperio y del recién nacido.
- ✓ Verificación por supervisiones del llenado completo y de calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) con datos para su análisis en el SIP sobre el parto. Utilización de la información para el Sistema de vigilancia, controles de gestión y difusión de estadísticas del servicio.
- ✓ Manejo de calidad del expediente clínico completo de la maternidad segura (incluyendo partograma) por su alto valor clínico, gerencial, legal y académico.
- ✓ Registro estadístico, según normas.

■ **Línea de Acción 4: Resolución de las Emergencias Obstétricas y Neonatales**

Resultado Esperado: Las mujeres y sus bebés que sufren una complicación obstétrica o neonatal reciben la atención inmediata, adecuada y eficaz conforme a normas, protocolos de atención y prácticas basadas en la evidencia científica.

Lineamientos:

- ✓ Preparación previa o identificación precoz a nivel familiar y comunitario de los signos y síntomas de alarma y/o de las complicaciones para la toma de decisiones oportunas en el hogar.
- ✓ Desarrollo de estrategias para el traslado y la rápida concurrencia de las mujeres con complicaciones al servicio preparado para resolver estas emergencias (redes de urgencias) con apoyo de la familia, la comunidad y los sistemas de transporte, comunicación y regulación operativa.
- ✓ Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las Redes de Hospitales, de ambulancias y de Urgencias, a fin de asegurar la adecuada respuesta a la emergencia.
- ✓ Establecimiento de acuerdos interinstitucionales y fortalecimiento de redes colaborativas entre los servicios del Ministerio de Salud, el IPS, Universidad Nacional – CMI – Hospital de Clínicas, Cruz Roja Paraguaya, Hospitales de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas, de las entidades binacionales ITAIPÚ y YACYRETÁ, Fundaciones, Cooperativas y otros.

- ✓ Funcionamiento permanente de la Red de Diagnóstico, Laboratorios y de Farmacias, con atención de urgencia, de los servicios de Transfusión y de los Bancos de Sangre Segura y de atención de recién nacidos/as.
- ✓ Funcionamiento de las Redes de Servicios de Sangre Segura (Unidades de Medicina Transfusional – UMT y Centros productores) para la resolución de requerimientos de componentes, según normativas vigentes.
- ✓ Provisión oportuna a los servicios de Salud de los insumos necesarios para la resolución de todas las formas de las emergencias obstétricas y neonatales y la rehabilitación correspondiente.
- ✓ Disponibilidad en todos los servicios y uso adecuado del Manual de Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (IMPAC) – Guía para obstetras y médicos.
- ✓ Disponibilidad asegurada las 24 horas de cada día, de los recursos humanos básicos capacitados, que garanticen la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales en los hospitales de referencia (médicos: gineco-obstetra, pediatra, neonatólogo, cirujano, anestesiólogo o técnico anestesista, enfermera, obstetra, transfusionista y laboratorio de 24 horas).
- ✓ Disponibilidad, sostenibilidad y mantenimiento de los equipos adecuados para la reanimación del recién nacido y la atención del prematuro en los servicios de urgencia y de maternidad.
- ✓ Atención de calidad y calidez, comprensión y buen trato a las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones del aborto, resolución de la emergencia y orientación y servicios adecuados para prevenir la reiteración del problema con nuevos episodios (abortos a repetición).
- ✓ Recolección y análisis de la información sobre las atenciones de las emergencias obstétricas y neonatales de acuerdo a las normas de información y vigilancia de la salud, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

II. Planificación Familiar

Numerosos estudios afirman que los riesgos para la madre y su bebé aumentan cuando los embarazos son muy tempranos (antes de los 20 años de edad), se producen tardíamente (después de los 34 años); son frecuentes (con intervalo menor a uno o dos años) o numerosos. Los riesgos para la madre, sus hijos o hijas por nacer o ya nacidos disminuyen si el embarazo es planeado, y ocurre lo contrario cuando se produce de manera inesperada, no planeada.

Evidencias científicas demuestran que la planificación familiar salva vidas: reduce la muerte materna en un 20 a 30 por ciento; disminuye la muerte infantil en un 20 por ciento y favorece las condiciones de salud y bienestar de la mujer, sus hijos, su familia y la comunidad.

Planificación Familiar es una opción de las personas en cuanto a su procreación. Tiene por objetivo que las parejas puedan procrear en función a sus deseos, su plan de vida y sus circunstancias personales, ejerciendo su derecho a una sexualidad y procreación saludable, responsable y segura. La planificación familiar es decidida por la persona con su pareja, es voluntaria y libre.

La Planificación Familiar no es igual al control de la natalidad que es una acción decidida y controlada por algunos Estados como una medida legal, coercitiva e impuesta entre un conjunto de medidas de la política de población de un país.

La Planificación Familiar y la Salud Sexual y Reproductiva forman parte del derecho a la salud y están proclamadas entre los derechos económicos, sociales y culturales.

Toda persona tiene derecho a: disponer de información y servicios de calidad que le faciliten tomar decisiones en cuanto a su reproducción de acuerdo a sus circunstancias, con libertad, con el menor riesgo posible, sin discriminaciones, coerciones ni violencias.

El Estado tiene la obligación de: crear las condiciones que garanticen a las personas el pleno ejercicio de sus derechos, con a) educación e información veraz, oportuna y actualizada sobre la sexualidad para la toma de decisiones personales y de pareja; b) orientación sobre los servicios que se ofrecen, dónde, cuándo (turnos y horarios), a qué costo; c) consejería técnica; d) sistema de salud organizado, accesible, con políticas y normas adecuadas; e) redes de servicios eficaces, con instalaciones, suministros, equipos y con recursos humanos calificados, con calidad técnica y calidez humana; f) amplia gama de métodos anticonceptivos eficaces, seguros, accesibles y culturalmente aceptables; g) disponibilidad asegurada de insumos de SSR, incluyendo anticonceptivos en cantidad y calidad adecuada, en el lugar y en el momento en que se los necesita, y h) modelos de atención y de gestión de calidad y con un financiamiento solidario que garantice los derechos.

En el mundo, especialmente en países pobres, 200 millones de mujeres tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar que favorecen una elevada mortalidad materna y perinatal. Si esas mujeres pudieran ejercer su derecho a la planificación familiar y tuvieran acceso universal a anticonceptivos eficaces, cada año se evitarían: 23 millones de embarazos no planeados; 22 millones de abortos provocados; 1,4 millón de muertes de recién nacidos; 142 mil muertes maternas y entre ellas 53 mil muertes por abortos provocados.

En el Paraguay, los servicios de planificación familiar se inician en 1969, cuando el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), luego de jornadas de concienciación y de capacitación, habilita algunos servicios. En 1970, en el sector público, el Ministerio de Salud establece un programa de Protección Familiar que incluye la planificación familiar con enfoque de bienestar de la familia.

En la Constitución Nacional de 1992 la planificación familiar tiene rango constitucional (Art. 61). El Presupuesto General de Gastos de la Nación a partir del 2003 asigna fondos para el programa de SSR, kit de partos y compra de anticonceptivos, asegurando su provisión con la Ley 2.907 del 2006.

De acuerdo a las encuestas de demografía y salud sexual y reproductiva realizadas por el CEPEP desde 1987 y hasta el 2008, la prevalencia de uso de anticonceptivos tiene una tendencia ascendente. La proporción de usuarias se incrementó, en promedio, en dos puntos porcentuales por año. La práctica anticonceptiva se duplicó en el último periodo de 20 años. El uso de anticonceptivos modernos pasó de 57,4 por ciento a 79,4 por ciento, entre las encuestas de 1998 y 2008.

Según la encuesta del 2008, por primera vez en la historia de la planificación familiar en el Paraguay, el sector público se constituye desde el 2008 en la principal fuente de provisión de anticonceptivos modernos (42,3 por ciento), seguido por las farmacias (41,32). En la encuesta anterior (2004), el sector público era la fuente de obtención de anticonceptivos en un 31,7 por ciento. El acceso a los servicios de planificación y al uso de anticonceptivos es menor en los quintiles más pobres de la población, y en las mujeres con menos escolaridad.

Por contarse con voluntad política, conocimientos técnicos y científicos actualizados y los recursos necesarios para cambiar la situación actual en todo el país, se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Falta de acceso a servicios de planificación familiar.
- Embarazos inesperados o no planeados. Paternidad no responsable.
- Falta de información y consejería sobre maternidad segura y planificación familiar para evitar los abortos.
- Muertes por aborto.
- Ausencia de información y atención apropiada, en programas y servicios en SSR, especialmente orientados a hombres y a personas jóvenes.
- Desabastecimiento de anticonceptivos y otros insumos de PF en los servicios.

Objetivo General:

Las personas en edad reproductiva tienen acceso a información adecuada, posibilidad real de ejercer su derecho a la planificación voluntaria de su familia y a acceder cuando lo decidan, a servicios adecuados y de calidad con provisión gratuita de anticonceptivos.

■ Línea de Acción 1: Acceso a información veraz y actualizada, a servicios adecuados y eficaces de planificación familiar

Resultado Esperado: Las personas que lo desean, acceden a información y servicios de planificación familiar de calidad con respeto a la diversidad cultural, y con disponibilidad de amplia gama de métodos anticonceptivos.

Lineamientos:

- ✓ Educación a hombres y mujeres sobre los derechos y la autonomía de la mujer para la toma de decisiones reproductivas responsables.
- ✓ Promoción de salud de la familia, la paternidad y la maternidad responsables.

- ✓ Orientación veraz y completa a la mujer y a la pareja sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, de acuerdo a las preferencias de las personas, respetando su libre elección.
- ✓ Formación de pre y posgrado de los recursos humanos en salud (REHUS) y educación permanente multidisciplinaria de los trabajadores de la salud, en su lugar de trabajo con monitoreo del desempeño y supervisión capacitante.
- ✓ Organización de los servicios con adecuación de turnos y horarios de atención de acuerdo a las necesidades y oportunidades de usuarios y usuarias en cada territorio social, zonas y regiones.
- ✓ Atención de calidad en planificación familiar, con acceso preferencial a servicios de personas de escasos recursos y mayores vulnerabilidades.
- ✓ Provisión gratuita de los insumos anticonceptivos de acuerdo a la elección realizada, aclarando sus características, su efectividad, su modo de uso correcto y los criterios de elegibilidad de la OMS.
- ✓ Desarrollo de estrategias para el involucramiento de varones en los servicios.
- ✓ Gerencia de programas y de redes de servicios que garanticen la continuidad en las prestaciones y la entrega de los insumos a todas las personas que lo soliciten, sin prejuicios ni exclusiones.
- ✓ Servicios de anticoncepción de intervalo, quirúrgica y en pos-eventos obstétricos y de emergencia.
- ✓ Registro estadístico, de acuerdo a las normas.

■ **Línea de Acción 2: Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, incluyendo condones, equipamientos, instrumentales, equipos, otros suministros y recursos humanos calificados**

Resultado Esperado: El Ministerio de Salud, el IPS y otros proveedores de servicios públicos de salud, cuentan de manera permanente con cantidad suficiente de anticonceptivos de calidad, otros insumos necesarios y los recursos humanos calificados, para responder a las necesidades de la población.

Lineamientos:

- ✓ Fortalecimiento y funcionamiento permanente del Comité Interinstitucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA).
- ✓ Estimación de necesidades de insumos para servicios de planificación familiar, a nivel nacional, departamental y por establecimientos de salud, por trimestre, por año y por tipo de insumos.
- ✓ Implementación oportuna y ágil del proceso de compras de anticonceptivos.

- ✓ Desarrollo y actualización del sub-sistema de logística de insumos anticonceptivos (estimación de necesidades, compra, almacenaje, distribución a regiones y servicios, entrega a usuarios/as) y del sub-sistema de información y su integración a un sistema nacional unificado de logística de medicamentos e insumos estratégicos de salud.
- ✓ Inclusión de fondos en el presupuesto de gastos de la Nación y en el presupuesto del IPS para la compra de anticonceptivos y condones y otros insumos e instrumentales necesarios.
- ✓ Gestión y abogacía ante el Ministerio de Hacienda, el Parlamento Nacional y las dependencias administrativo-financieras del Ministerio de Salud, para el logro y ejecución de los fondos.
- ✓ Seguimiento permanente de los procesos de logística de anticonceptivos por el Comité DAIA, por las autoridades del Ministerio de Salud y del IPS.
- ✓ Ejecución y monitoreo del Sistema de Información y Administración Logística de anticonceptivos (SIAL) y del software PipeLine.
- ✓ Inclusión de los insumos anticonceptivos en el Listado Básico de medicamentos e insumos críticos del Ministerio de Salud y en los Vademécum de otros proveedores de servicios de salud.
- ✓ Educación Permanente en el Servicio de los recursos humanos involucrados en el manejo del SIAL y de otros aspectos relacionados a la DAIA, así como en la atención directa en servicios de planificación familiar.
- ✓ Monitoreo a través de los mecanismos de control de gestión.
- ✓ Desarrollo de acciones en el campo de la DAIA, para garantizar una adecuada segmentación del mercado que permita al Ministerio de Salud y a otros organismos públicos a responder en sus servicios a las necesidades de las personas, y en especial los más pobres y con mayores vulnerabilidades.
- ✓ Registro del movimiento de insumos y su inclusión en el “PipeLine”. Difusión de la información a las instituciones de salud, las regiones y los servicios.
- ✓ Registro estadístico según las normas.

III. Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y por el VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas que se transmiten de una persona a otra a través de la vía sexual. Algunas pueden pasar de la madre a su bebé o al recién nacido como la sífilis; otras aumentan el riesgo del cáncer en la mujer por el virus del papiloma humano (HPV) o pueden provocar infertilidad u otros problemas en la reproducción (embarazos ectópicos, abortos o muertes del bebé o del recién nacido). Las ITS frecuentes en el país son: sífilis, gonorrea (blenorragia), chancro blando, hepatitis B, VIH, papiloma venéreo, linfogranuloma venéreo, tricomoniasis, clamidias, virus del papiloma humano, herpes genital, verrugas genitales o cresta de gallo.

La sífilis es un problema de salud pública, que no ha logrado tomar conciencia en la población, en proveedores de servicios, tomadores de decisiones y líderes de opinión. El Ministerio de Salud sitúa al control de las infecciones de transmisión sexual entre las prioridades en los servicios integrando las normas de atención, prevención y control de las ITS con las de planificación familiar, en un documento unificado para optimizar recursos y capacitar al mayor número de proveedores.

La infección por el VIH es una pandemia. No existe país alguno que no tenga personas infectadas. La **prevalencia** (conjunto de personas con la infección) y la **incidencia** (nuevas personas que se infectan) van en aumento en todos los continentes.

El agente infeccioso, un virus clasificado como retrovirus, luego de invadir el cuerpo de la persona, lesiona y destruye células específicas (linfocito T CD 4) del sistema inmunitario, encargado de la defensa del organismo. Por eso se lo llama “virus de la inmunodeficiencia humana” (VIH).

La persona invadida por este virus, puede pasar mucho tiempo sin malestar alguno o presentando alteraciones menores. Permanecen infectadas durante toda su vida y pueden transmitir el virus a otras personas si no toman medidas adecuadas de prevención. El cuerpo invadido por el VIH produce anticuerpos contra el virus que se detectan mediante análisis de laboratorio (Test de ELISA para el VIH). En promedio, a los 25 días y a veces más tarde, pero al cabo de 3 meses como el 99 por ciento de las personas infectadas tienen la prueba del VIH reactiva. Este análisis se realiza en forma voluntaria y confidencial y debe ser acompañado de asesoramiento o consejería antes y después del análisis. Estas pruebas deben ser confirmadas por un análisis más específico (Inmunofluorescencia Indirecta - IFI o Western Blot).

La mayoría de las personas que viven con el VIH/sida (PVVS) no presentan molestias, ni signos de alteración de su salud. Cuando las defensas están muy disminuidas por acción del VIH se da la oportunidad para que se desarrollen otras infecciones llamadas **“infecciones oportunistas”** (tuberculosis, pneumocistis carinii y algunas formas de cáncer) y se presentan síntomas diversos en esta fase avanzada de la infección por el VIH, que se denomina **síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o sida**. Alrededor del 50 por ciento de las personas adultas infectadas por el VIH desarrollan el sida en el curso de los 10 años siguientes a la infección original. Los bebés o recién nacidos de madres con VIH adquieren el virus antes, durante o después del parto o con la lactancia materna, cuando estas mujeres no reciben profilaxis.

El miedo, el estigma y las discriminaciones que producen rechazo y prejuicios, retrasan y dificultan la prevención de la infección por el VIH y favorecen la expansión de la epidemia.

El VIH NO se adquiere por pasar la mano, abrazar o besar, por usar baños, duchas o piscinas. Tampoco por la tos, el estornudo o por transitar en un Hospital que tiene PVVS o internados con sida, por compartir vasos, cubiertos, otros utensilios, por picaduras de mosquitos o de ningún otro insecto, ni por el aire, agua, tereré, mate o comidas. Esto explica por qué no se habla de “contagio” sino de “transmisión” del VIH. El VIH no pasa a través del condón o preservativo.

El VIH SÍ se transmite por tres mecanismos: 1) por el coito no protegido (sin condón) o mediante la relación sexual con penetración por vía anal, vaginal o bucal. En estos casos, el virus se encuentra en las secreciones sexuales del hombre o de la mujer. 2) a través de sangre o derivados de la sangre, tejidos humanos y órganos que tienen el virus. Las transfusiones con sangre no segura son muy peligrosas, lo mismo que recibir donación de tejidos, órganos y semen para inseminación. También a través de la sangre se transmite el VIH por el uso de agujas, jeringas y otros instrumentos invasivos del cuerpo humano que están contaminados por el VIH: el intercambio, sin las precauciones debidas, de agujas y jeringuillas entre usuarios y usuarias de drogas intravenosas (UDI), el uso de instrumentos para perforar la oreja u otras partes del cuerpo para insertar aros o “piercings”; los instrumentales para tatuajes, acupuntura, inyecciones, odontología, peluquería, manicura o pedicura sin la desinfección y la asepsia necesarias. 3) transmisión materno-infantil, la más frecuente en la infección por el VIH en niños y niñas. Se transmite durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. La mujer embarazada que vive con el VIH en un 12 a 40 por ciento transmite la infección a su bebé o recién nacido.

El Paraguay tiene una epidemia del VIH concentrada en las poblaciones con mayores vulnerabilidades: trabajadoras sexuales femeninas (TSF), trabajadores sexuales masculinos (TSM), travestis trabajadores del sexo (TTS), usuarios de drogas inyectables (UDI), y en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), según los estudios de seroprevalencia en poblaciones vulnerables todas las regiones del Paraguay han reportado infecciones por el VIH (VIH reactivos), y casos de sida (la mayoría de ellos en 78,8 por ciento), Asunción (18ª Región Sanitaria) y en región Central (11ª Región Sanitaria), y en las regiones de frontera con Argentina y Brasil.

El primer caso de sida registrado en el Paraguay fue en 1985. Entre esa fecha y octubre del 2008 fueron reportados 2.525 casos de sida en acumulativo. Durante el 2008, 680 personas viviendo con VIH fueron reportadas, de las cuales 397 son nuevos infectados sin enfermedad marcadora (VIH+) y 283 son casos de sida. La estimación para el 2008 de PVVS adultas de 15 a 49 años es de 11.320 y de niños es de 673. En el 2008, de todos los nuevos reportes de PVVS de 15 a 24 años de edad se presentó un 9,4 por ciento entre los hombres y un 11,5 por ciento entre las mujeres. Las formas de transmisión reportadas en varones fue de 68,7 por ciento en heterosexuales, 22,1 por ciento en hombres que mantienen sexo con hombres (HSH). La transmisión perinatal fue de 2 por ciento para ambos sexos.

La política de consejería y testeo voluntario (CTV) obliga al ofrecimiento de la CTV a todas las embarazadas por los proveedores de salud en todos los servicios públicos. La tasa de transmisión del VIH de madre a hijo/a era 37,5 por ciento en el 2005 y se redujo el 8 por ciento en el 2008. El acceso a la profilaxis de la transmisión madre-hijo/a del VIH y la sífilis para prevenir la transmisión al recién nacido ha aumentado del 4 por ciento en el 2005 el 70 por ciento en el 2008.

La prevención de la transmisión del VIH de la madre a su bebé incluye orientación educativa, análisis voluntarios para detectar la infección y el tratamiento antirretroviral (ARV) en las que resulten reactivas. En cuanto al acceso a pruebas para la sífilis, VDRL y para el VIH durante la atención prenatal la ENDSSR-2008 refiere que a una de cada dos mujeres le ofrecieron la oportunidad de hacerse el análisis para VIH (54,6 por ciento) y una proporción menor (44,6 por ciento) la prueba de sífilis. La prevención de la transmisión vertical madre-niño (PTVMN) del Plan de SSR y del PRONASIDA.

Es importante disminuir la transmisión perinatal del VIH y por la lactancia, así como de la madre a su bebé o recién nacido de la sífilis congénita, reduciendo el impacto de la epidemia en la infancia. La estrategia es consolidar la respuesta nacional como espacio permanente de acuerdo entre actores sociales en una mesa interinstitucional con seguimiento sistemático de procesos técnicos y de gerencia de programas y servicios.

Con los adelantos de la prevención y del tratamiento oportuno y con la voluntad política de detener y revertir el avance de la epidemia en el país se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Desprotección frente a las ITS y por VIH.
- Transmisión materno-neonatal del VIH y la sífilis.
- Morbilidad y mortalidad por ITS incluyendo el VIH, por falta de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos.
- Falta de reactivos para pruebas de VDRL, VIH y otros insumos.
- Desconocimiento de las personas -principalmente jóvenes- de las vías de transmisión y formas de prevención de ITS y VIH.

Objetivo General:

Disminución del impacto en la población de las ITS y por el VIH, por medio de acciones que permitan prevenir la transmisión, acceder a un precoz y adecuado diagnóstico, tratamiento y apoyo.

■ Línea de Acción 1: Acceso a la información y a los medios para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH

Resultado Esperado: Las personas se informan de manera adecuada y oportuna, utilizan medios eficaces para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH y se elimina toda discriminación y estigma hacia las personas que viven con el VIH y el sida (PVVS).

Lineamientos:

- ✓ Información y educación en la comunidad y en los servicios de salud sobre las ITS y por el VIH, con énfasis en la prevención.
- ✓ Implementación de estrategias educativas de prevención contra las discriminaciones por los medios de comunicación masiva y otros medios alternativos.
- ✓ Trabajo conjunto entre el Ministerio de Educación y el de Salud para el desarrollo de contenidos sobre la prevención de las ITS y por el VIH en el sistema educativo nacional.
- ✓ Orientación de los equipos de salud de la familia y en las redes de servicios sobre prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las ITS y por el VIH.

- ✓ Implementación de estrategias especiales de prevención con grupos de personas con mayores vulnerabilidades: adolescentes y jóvenes, embarazadas, trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), personas privadas de su libertad, usuarios de drogas intravenosas (UDI) y otros.
- ✓ Desarrollo interprogramático de la prevención de la transmisión perinatal de la sífilis y del VIH.
- ✓ Descentralización en la red de laboratorios y en los servicios del CTV consejería y testeo voluntario y gratuito.
- ✓ Desarrollo de acciones que permitan la prevención de la transmisión materno – infantil del VIH, así como de la sífilis y otras ITS, su detección precoz y tratamiento oportuno.
- ✓ Creación y funcionamiento del Comité de Prevención y Control del Sida (COPRECOS - Paraguay) en Fuerzas Armadas y Policía Nacional y su afiliación a COPRECOS de Latino América y el Caribe (COPRECOS - LAC).
- ✓ Implementación de estrategias específicas de prevención con miembros de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y otros uniformados en sus institutos de enseñanza y unidades operativas.
- ✓ Disponibilidad de condones y de información para su uso correcto, para la prevención de las ITS y por el VIH, en programas nacionales y en las redes de servicios de salud.
- ✓ Desarrollo de estrategias específicas para prevención de la transmisión en las personas que viven con el VIH y sida (PVVS).
- ✓ Aplicación de medidas para garantizar la bioseguridad a proveedores de servicios de salud en sus diferentes unidades de trabajo.
- ✓ Abogacía con el Parlamento, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda para lograr presupuestos adecuados que aseguren la disponibilidad de condones (masculinos y femeninos) de acuerdo a las necesidades del país, regiones geográficas y grupos específicos de población.
- ✓ Difusión a diversas audiencias de las estrategias clásicas de prevención: abstinencia sexual, retardo en el inicio de las relaciones sexuales; práctica de la fidelidad mutua en la pareja y uso de preservativos o condones.
- ✓ Difusión e implementación de la metodología del recorrido participativo con y entre varones y mujeres jóvenes y adolescentes.
- ✓ Diseño y aplicación con grupos organizados de jóvenes, de estrategias de accesibilidad a condones para la población juvenil sexualmente activa, con adecuada información y educación al respecto.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

■ **Línea de Acción 2: Acceso a servicios de laboratorio y de atención, a medicamentos y a información para la detección y tratamiento de las ITS y por el VIH**

Resultado Esperado: Las personas acceden a servicios de calidad, para la detección precoz de las ITS y de las infecciones por el VIH y las personas infectadas tienen acceso a un oportuno y correcto tratamiento.

Lineamientos:

- ✓ Actualización de conocimientos y buenas prácticas para mejorar el diagnóstico de las ITS y por el VIH en las redes de diagnóstico de laboratorios a nivel nacional y en cada Región Sanitaria.
- ✓ Promoción en la población para la realización de testeos o pruebas voluntarias de diagnóstico y garantía de acceso a los análisis en las redes de servicio para todas las personas que lo deseen.
- ✓ Atención de calidad a personas con ITS y por el VIH, conforme a las normas y a los protocolos.
- ✓ Implementación de políticas de no discriminación hacia personas que viven con el VIH.
- ✓ Acceso de las personas con ITS y VIH a tratamientos y apoyos adecuados y oportunos.
- ✓ Capacitación en manejo sindrómico de las ITS en lugares donde no llega la red de diagnóstico.
- ✓ Implementación de estrategias especiales para la detección precoz y el tratamiento adecuado, destinadas a grupos con mayores vulnerabilidades y para el control de contactos.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de información y de vigilancia epidemiológica de las ITS y por el VIH a nivel nacional y en cada Región Sanitaria.
- ✓ Monitoreo y evaluación de procesos e impactos.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

IV. Educación de la sexualidad. Trabajo con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes

Desde tiempos inmemoriales las sociedades, familias y parejas han intercambiado conocimientos y modelado normas, actitudes y comportamientos en relación a la sexualidad. Alguna forma de educación de la sexualidad estuvo presente de generación en generación. Se desarrollan en nuestro país programas educativos, pero con poca institucionalización y sostenibilidad.

La sexualidad es parte indivisible del ser humano. Tiene una dimensión individual (física, mental, espiritual, biológica y psicológica) y además una dimensión social. La educación de la sexualidad propicia cambios en conocimientos, actitudes y comportamientos en la sexualidad y la procreación, y forma parte del proceso continuo de la educación en todas las etapas de la vida.

La educación de la sexualidad debe dejar de ser tabú y manejarse con la naturalidad de la enseñanza-aprendizaje sobre la vida, mejorando conocimientos científicos sobre procesos físicos, mentales y emocionales relacionados con la sexualidad y comprendiendo los relacionamientos afectivos entre las personas, para una mejor valoración del amor, el placer y las responsabilidades. La familia y los padres son educadores natos, también de la sexualidad. En el hogar se deben dar nociones básicas para que niños, niñas, adolescentes y jóvenes tengan la opción de vivir su sexualidad de manera positiva, placentera, con salud y responsabilidad.

Las personas tenemos derecho a acceder a una educación de la sexualidad, basada en derechos y principios éticos. El Estado y sus instituciones pertinentes tienen la obligación de facilitar la información y el asesoramiento científico apropiado sobre sexualidad, salud reproductiva, paternidad responsable y maternidad saludable.

Es obligación del Estado impulsar políticas públicas de desarrollo humano sostenible, con equidad. Las políticas con y para la juventud pueden facilitar la construcción de ciudadanía en varones y mujeres jóvenes y adolescentes, pertenecientes a todos los estratos sociales y grupos étnico-culturales. Jóvenes y adolescentes deben conocer y ejercer sus derechos, incluyendo los relacionados a salud, sexualidad y procreación.

El Paraguay es un país de jóvenes. Seis de cada diez habitantes tienen menos de 30 años de edad. El grupo comprendido entre los 15 y 29 años de edad alcanza el 27 por ciento de la población total. Esto representa una oportunidad por el potencial de creatividad y solidaridad de las personas jóvenes, pero también es un importante reto para la satisfacción de sus necesidades de desarrollo juvenil.

Algunos problemas señalados por grupos de jóvenes y adolescentes son: pobreza, falta de empleo o baja remuneración, dificultades en los estudios, baja escolaridad, abandono escolar, baja autoestima; hacinamiento y promiscuidad en las viviendas de barrios periurbanos y de asentamientos campesinos, acoso, abuso y violencia sexual, poco acceso a disponibilidad de condones, relaciones sexuales tempranas, alta incidencia de ITS y aumento de infecciones por VIH, embarazos inesperados, no planeados y alta morbilidad y mortalidad por abortos. Otros aspectos son: inexistencia o insuficiencia de espacios y oportunidades para la participación de adolescentes, jóvenes y adultos en programas de salud; la información sobre SSR y para la prevención de las ITS se transmite por formatos y lenguajes “que no llegan” a la gente joven; no existen servicios amigables adecuados a la cultura y las necesidades de jóvenes y adolescentes. También se dan relaciones sexuales sin protección y cada vez en edades menores y sin “fidelidad a la pareja”. Como aspectos positivos se señalan: mayor visibilidad de los jóvenes, buen relacionamiento y comunicación entre pares, mejor conciencia sobre los derechos; la creatividad, laboriosidad y solidaridad como valores presentes en este grupo etario.

Es obligación del Estado impulsar políticas públicas de juventud. Estas políticas específicas facilitarán la construcción de ciudadanía, el fortalecimiento de liderazgos en adolescentes y jóvenes y el trabajo de grupos juveniles con educadores, Asociaciones de Cooperación Escolar (ACE) y organizaciones que trabajan en la defensa de los derechos.

El diálogo intra e intergeneracional y el intercambio de saberes y experiencias permitirá analizar actitudes y valores relacionándolos con el fomento del autocuidado y la responsabilidad compartida para la vivencia de una sexualidad gratificante y saludable. La incorporación de representantes jóvenes en los Consejos de Salud permitirá una genuina participación y contraloría social desde la mirada y las necesidades de las personas jóvenes.

Es responsabilidad de las familias iniciar una educación adecuada de la sexualidad. Es obligación de las instituciones de salud y de educación complementar esta acción y desarrollar políticas públicas de educación de la sexualidad con participación de toda la comunidad educativa.

La educación de la sexualidad necesita ser incorporada en las escuelas de manera explícita, organizada y con objetivos concretos, contando con una política educativa y un marco rector pedagógico. La educación de la sexualidad desde la niñez es compartida por la familia en el hogar y el Estado a través de las escuelas. Debe ser abierta, basada en evidencias científicas, centrada en la promoción de los derechos y en el reforzamiento de valores, actitudes y comportamientos favorables a una sexualidad responsable y autónoma.

Es necesario garantizar la educación de la sexualidad en el sistema educativo formal y no formal, y manejarlo con naturalidad desde el inicio de la vida. Abordarla desde sus procesos físicos, psicológicos y emocionales, comprendiéndola como una totalidad que incluye el desarrollo de la afectividad, la comunicación, el placer, la creatividad y la procreación.

Es responsabilidad primordial de padres, madres y la familia iniciar en el hogar una educación oportuna y adecuada de la sexualidad, que será complementada por las instituciones de educación y de salud, en una acción coherente que incluya la participación de la comunidad educativa y el involucramiento de la sociedad en general.

Atento a la política de salud, en el ámbito de educación de la sexualidad, se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Inexistencia o deficiencia en la educación de la sexualidad.
- Explotación sexual, prostitución, tráfico y trata de menores.
- Violencia y abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
- Discriminación y estigma por orientación sexual, embarazo, infección por VIH.
- Propaganda relacionada con alcohol, tabaco y otras drogas.

Objetivo General:

Educación de la sexualidad accesible a todas las personas, con énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes garantizada por políticas públicas y estrategias específicas de educación y salud.

■ Línea de Acción 1: Apoyo técnico intersectorial y del Ministerio de Salud a la implementación efectiva de la educación de la sexualidad, basada en derechos para niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas, a cargo del Ministerio de Educación y Cultura (MEC)

Resultado Esperado: Todas las personas y prioritariamente niñas, niños, adolescentes y jóvenes, acceden a una adecuada educación de la sexualidad.

Lineamientos:

- ✓ Concienciación a la comunidad educativa sobre el compromiso compartido entre familia e institución en el desarrollo de la educación de la sexualidad.
- ✓ Apoyo técnico del Ministerio de Salud al desarrollo de contenidos de salud en el proceso de la incorporación de la educación de la sexualidad en el sistema educativo nacional, a cargo del MEC.
- ✓ Fortalecimiento de grupos de trabajo conjunto y de la sinergia de esfuerzos y recursos entre los Ministerios de Salud, Educación y Cultura, Justicia y Trabajo, el Vice Ministerio de la Juventud y las Secretarías de la Mujer y de la Niñez y Adolescencia, de ONG especializadas y otros.
- ✓ Apoyo al MEC en la implementación del Marco Rector Pedagógico que permita la adecuada educación de la sexualidad en el ámbito educativo nacional.
- ✓ Articulación sistemática y formal entre los sistemas educativo y de salud para la implementación conjunta y coordinada de actividades.
- ✓ Actualización de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad con niños, niñas, adolescentes y jóvenes de diversos sub-grupos geográficos, por nivel económico y étnico-cultural.
- ✓ Implementación de estrategias para la educación de la sexualidad de niñas, niños, adolescentes y jóvenes no escolarizados, de adultos y de grupos específicos (asentamientos campesinos, poblaciones indígenas, programas de alfabetización, militares y policías y otros).
- ✓ Capacitación a la comunidad educativa (directivos, docentes, padres, madres y alumnos) en temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva y género.
- ✓ Desarrollo con el MEC y ONG de capacitación en metodología de la enseñanza de la sexualidad en los Institutos de Formación Docente (IFD).

- ✓ Elaboración de guías metodológicas para docentes y de materiales educativos.
- ✓ Apoyo técnico, elaboración de contenidos, y de materiales de apoyo educativo para docentes, periodistas, radios comunitarias y otras audiencias.
- ✓ Desarrollo de programas de actualización en educación de la sexualidad para proveedores de salud.
- ✓ Orientación en sexualidad responsable en los servicios de salud.
- ✓ Educación con desarrollo de habilidades para la vida, liderazgos, toma de decisiones, negociación y defensa de los derechos.

■ **Línea de Acción 2: Desarrollo de liderazgo y participación activa de niñas, niños, jóvenes y adolescentes organizados en educación de la sexualidad, derechos y salud sexual y reproductiva**

Resultado Esperado: Niñas, niños, jóvenes y adolescentes (varones y mujeres) están organizados y participan activamente en todas las etapas de los planes de SSR y de educación de la sexualidad.

Lineamientos:

- ✓ Relevamiento de organizaciones sociales, comunitarias, barriales, campesinas y de jóvenes, en cada territorio social, zonas o áreas de influencia de las unidades de salud y Regiones Sanitarias y promoción del desarrollo de sus capacidades para abogar por la salud en espacios de participación en el desarrollo local.
- ✓ Promoción de la incidencia política a partir de líderes juveniles, para asegurar que formuladores de políticas y leyes comprendan la situación y las expectativas de jóvenes y adolescentes.
- ✓ Fortalecimiento de las organizaciones y del liderazgo de adolescentes y jóvenes, varones y mujeres articulados en redes colaborativas y con los servicios.
- ✓ Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en salud y sexualidad con varones y mujeres jóvenes de distintas fajas etarias, escolaridad, nivel socio económico y grupo étnico - cultural.
- ✓ Desarrollos de servicios amigables, accesibles y adecuados culturalmente para el trabajo con y para varones y mujeres jóvenes y adolescentes.
- ✓ Impulsar una demanda informada de servicios de SSR, principalmente con grupos de jóvenes y con personas jóvenes con mayores vulnerabilidades.
- ✓ Desarrollo de acciones educativas con varones y mujeres jóvenes en Grupos de jóvenes organizados, colegios, liceos militares, institutos de enseñanza de la Policía Nacional y con la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE).
- ✓ Desarrollo de estrategias educativas “de joven a joven” como espacios de reflexión, discusión y análisis de situación y sus abordajes “entre pares”.
- ✓ Desarrollo de la vigilancia y la defensoría comunitaria de la salud e inclusión de las redes sociales y de jóvenes en los procesos de programación local.
- ✓ Monitoreo de acciones, evaluación de resultados y su difusión entre grupos.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

V. Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva

En cualquier etapa del ciclo de vida, mujeres y varones pueden sufrir disfunciones, enfermedades o daños que afectan su salud sexual o reproductiva. Un problema de trascendencia, es el de parejas que no pueden tener descendencia (infertilidad primaria, infertilidad secundaria o embarazo malogrado), cuyas causas pueden estar en el varón, en la mujer o en ambos, que merecen estudios especializados.

Las disfunciones sexuales del varón como de la mujer son problemas de pareja que alteran el bienestar y la salud sexual: dispareunias o dolor en la mujer durante el acto sexual, dificultades en la satisfacción sexual, eyaculación precoz, disfunciones eréctiles, que deben ser resueltas en las policlínicas de especialidades, consultorios de prenatal, ginecología, planificación familiar o salud mental.

El cáncer ginecológico y de la mama combinados representan el grupo más amplio de cánceres causantes de muerte en la mujer. El acceso al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y sus buenos resultados estimulan la realización de acciones de prevención y tratamiento precoz. El costo de esta acción es diez veces menor que el tratamiento de estudios más avanzados, además del costo en morbilidad y daño. Otros problemas son las infecciones que no fueron transmitidas sexualmente como la cervicitis crónica, infecciones por hongos, bacterias y otras que resultan del crecimiento de organismos presentes en la vía genital. El dolor abdominal bajo en la enfermedad inflamatoria pélvica es motivo de consulta, así como el flujo vaginal por causa indeterminada.

En el varón, los estudios sobre adenoma de próstata, prostatitis crónicas, cáncer de próstata y de pene, infecciones urinarias y cálculos reno-ureterales ocupan la atención de los consultorios de adultos mayores o de urología. La fimosis es una situación que debe ser resuelta en el niño pequeño con la circuncisión, que además es una medida de prevención del cáncer de pene.

En este ámbito de la SSR, se propone la declaración de INDIFERENCIA CERO, a:

- Diagnóstico y tratamiento tardíos de displasias, cáncer de cuello uterino, de mamas, de próstata y de pene.
- Deficiente identificación y control de condiciones y factores de riesgo (ITS, VIH, anemia, diabetes, hipertensión) que puedan afectar la salud sexual.
- Ausencia de servicios preparados para la atención de personas en etapa sexual pos reproductiva (climaterio y andropausia).
- Malnutrición, desnutrición y obesidad femenina.
- Tabaquismo activo y pasivo.
- Alta incidencia de cánceres del tracto genital femenino y masculino y de mamas por ausencia de servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Objetivo General:

La población tiene acceso a servicios de información y orientación en infertilidad, esterilidad, disfunciones sexuales, prevención de cáncer genital y mamario y en otros trastornos relacionados al campo de la sexualidad y la reproducción humana, en el contexto de las redes de servicios de salud.

■ Línea de acción 1: Prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer genital y de mamas

Resultado Esperado: Las personas acceden a servicios de calidad para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer del tracto genital y de mamas.

Lineamientos:

- ✓ Reforzamiento de la información y educación pública en el tema.
- ✓ Actualización de la información epidemiológica sobre cáncer genital y de mamas.
- ✓ Desarrollo de acciones educativas con profesionales de salud y con la comunidad para la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, mamas, próstata, testículo y pene y del Marcador Tumoral Prostático (PSA).
- ✓ Desarrollo de acciones específicas de SSR con personas adultas mayores (PAP en la mujer, tacto rectal a varones mayores de 50 años de edad, examen de pene).

- ✓ Fortalecimiento de las redes de servicios con recursos humanos capacitados y los instrumentales, equipos e insumos necesarios.
- ✓ Dotación de especialistas según funciones de las unidades componentes de las redes integradas de servicios (ginecólogos, pediatras, oncólogos, citotecnólogos, mastólogos, sexólogos).
- ✓ Prestación de servicios de diagnóstico, incluyendo examen citológico cérvico-vaginal (PAP), colposcopia, ecografía mamaria, mamografía, determinación de marcadores tumorales mamarios prostáticos (PSA), biopsias y otras pruebas.
- ✓ Desarrollo de estrategias para extender coberturas en la ejecución del PAP y reducir tiempos de entrega de resultados.
- ✓ Acciones tendientes a lograr a nivel nacional la disponibilidad de vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino.
- ✓ Atención ambulatoria para tratamientos localizados: crioterapia, asa LEEP, topicaciones.
- ✓ Fortalecer servicio de referencia para afecciones mamarias y su prevención.
- ✓ Referencia a servicios especializados de cirugía oncológica para su tratamiento, seguimiento y contra-referencia.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

■ **Línea de Acción 2: Orientación sobre infertilidad, esterilidad, disfunciones sexuales y otros trastornos en el campo de la sexualidad y la reproducción humanas**

Resultado Esperado: Las personas acceden a información con calidad en la red de servicios sobre infertilidad, disfunciones sexuales y otros problemas relacionados a la sexualidad, a los órganos sexuales y de la reproducción de varones y mujeres.

Lineamientos:

- ✓ Educación de la sexualidad oportuna, completa, que contribuya a fortalecer conductas sexuales adecuadas y seguras y evite problemas orgánicos que afecten la fertilidad y otras dificultades en el área sexual y reproductiva.
- ✓ Información y orientación sobre infertilidad y esterilidad a las parejas que lo soliciten y referencia para su atención a servicios especializados.
- ✓ Desarrollo de policlínicas de especialidades y de laboratorios especializados para estudios de infertilidad y de disfunciones sexuales con materiales, tecnologías y recursos humanos calificados (ginecólogos, sexólogos, urólogos, sicólogos, bioquímicos y otros) y de recursos para el diagnóstico y tratamiento (ecografía transvaginal, serologías específicas, dosajes hormonales y otros análisis laboratoriales y por imágenes).
- ✓ Orientaciones básicas a personas con disfunciones sexuales y referencia para su atención a servicios especializados.

- ✓ Atención a personas con molestias derivadas de infecciones o procedimientos realizados en órganos sexuales, el climaterio, la menarquía, la menopausia.
- ✓ Orientación a parejas con preocupaciones sobre desempeño y satisfacción sexual.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

VI. Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género (VBG)

Cada varón y mujer concretan en las experiencias de sus vidas el proceso histórico y sociocultural que les toca vivir. También van adquiriendo contenidos que cada sociedad les asigna por el hecho de ser mujer o ser varón, además de una asignación de poderes de dominación y opresión de unos sobre otros, según las culturas. La dominación de género es opresiva e injusta y conduce a diversas formas de violencia.

Nuestro Sistema de Salud basado en la atención primaria incorpora la perspectiva de género en su enfoque de equidad y lo debe convertir en realidad operativa en todos sus niveles de actuación. Un aspecto dramático de las inequidades de género lo constituyen las violencias basadas en género, las violencias en el hogar y en la familia y otras formas específicas como el abuso, la explotación y la violencia sexual que afectan más a las mujeres, niñas, niños y adolescentes y que constituyen un problema relevante de la salud pública. El Estado, a través de mecanismos jurídicos y de acciones específicas de los sistemas educativos y de salud, debe garantizar a todas las personas y con especial énfasis a mujeres, niños, niñas y adolescentes, el respeto, la protección y el pleno ejercicio de sus derechos a una vida libre de violencia.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 1981 establece que los Estados partes deberán “adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer y las barreras de acceso a los servicios de salud, promover su atención durante todo su ciclo de vida y dar respuestas adecuadas a la violencia contra la mujer”.

La Constitución Nacional establece: “El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad” y expresa: “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que los mantengan o los propicien”.

La Ley 1.600/00 contra la violencia doméstica protege a toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, síquicos o sexuales por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar. Esta ley actúa cuando ya ocurrió el maltrato y garantiza medidas urgentes de protección a las víctimas. Es una ley civil, no establece sanciones penales.

La Violencia Basada en Género (VBG) es una manifestación de discriminaciones, desigualdades y asimetrías de poder, generalmente de los varones sobre las mujeres, por lo que se ejerce una violencia sobre éstas por el solo hecho de ser mujeres.

La Violencia Intrafamiliar (VIF) es todo tipo de maltratos y abusos generalmente contra niñas, niños, mujeres o personas adultas mayores, que sucede en el hogar o ámbito familiar o es provocada por familiares. Estas formas de violencia afectan gravemente el desarrollo psicológico de la niñez y adolescencia, la autoestima, la armonía familiar y las realizaciones de los planes de vida de las personas.

La VBG es todo atentado o daño moral, psicológico, físico o sexual, incluyendo amenazas, coerción, acoso o privación arbitraria de la libertad que se realiza en base a una dominación genérica. Los servicios de salud frecuentemente son el lugar de detección inicial de las mujeres y otras personas que viven en situaciones de violencia.

El mayor daño de la violencia basada en género (VBG) es el que se produce en la dignidad de las personas. Las mujeres sufren discriminaciones conyugales, familiares, laborales, salariales, educativas y además, son víctimas de diversas formas de abuso, explotación y violencias sexuales.

Los proveedores de salud deben estar capacitados para conversar con las mujeres y otras personas víctimas y examinarlas para identificar tempranamente las VBG, atender a las víctimas y aplicar el Protocolo de atención a personas en situación de violencia sexual, el de la “ruta crítica” y otros. Una de las formas de VBG que atenta contra los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos es la violencia sexual que se expresa en acoso, abusos, explotación sexual, violaciones y otros delitos contra la autonomía sexual de las personas.

Desde el Estado y con la sociedad se debe promover la creación de una cultura de no-violencia. El Plan Nacional de SSR apoya la actualización y aplicación de leyes, la capacitación de prestadores de servicios de salud en la identificación, diagnóstico, atención integral y de calidad a las víctimas de todas las formas de violencia. Es necesario que el Sistema de Salud refuerce sus mecanismos de articulación con otras instituciones de gobierno y no gubernamentales en todos los niveles, para la aplicación de instrumentos conceptuales, legales y técnicos de protección, apoyo y rehabilitación psico-sociales relacionados a la violencia, su prevención y la atención integral a las víctimas.

Las desiguales relaciones de poder entre varones y mujeres en la sociedad son responsables de una distribución inequitativa de oportunidades, de responsabilidades y de recursos.

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas, incluidas las políticas de salud, mujer, juventud, justicia, trabajo y seguridad social significa desarrollar mecanismos y procesos que faciliten el análisis de las implicancias para las mujeres y los varones de cualquier legislación, norma, programas u otra acción pública. También, es una herramienta útil para integrar en el diseño, ejecución y evaluación de políticas y planes, los intereses y necesidades de varones y mujeres en los ámbitos políticos, sociales, económicos, de salud y de desarrollo.

La expresión “Indiferencia cero” exterioriza el compromiso asumido con la población y el empeño en superar inequidades y las VBG existentes a fin de dar una mayor calidad de vida. En este ámbito se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Violencia contra la mujer y basada en género (VBG).
- Violencia intrafamiliar (VIF).
- Violencia sexual y de otro tipo, contra niños, niñas y adolescentes.
- Maltrato en los servicios de salud.
- Abuso y acoso sexual.
- Mujeres maltratadas, víctimas de violencias.
- Alcoholismo y consumo de otras drogas como factor coadyuvante de la VBG.
- Explotación de la mujer, la niña y adolescente.

Objetivo General:

Existe conciencia política y pública favorable al desarrollo articulado de políticas, planes e instrumentos legales y normativos para la prevención de la VBG, para la atención y apoyo social a personas en situaciones de violencia, incluyendo abuso y violencia sexual con trabajo en redes institucionales y comunitarias.

■ Línea de Acción 1: Desarrollo de capacidades institucionales para la prevención, denuncia a las instancias pertinentes y atención de las personas en situación de violencia

Resultado Esperado: Un trabajo interinstitucional eficaz permite una adecuada consideración de la VBG a través de enfoques multidisciplinarios.

Lineamientos:

- ✓ Concienciación sobre el tema a nivel institucional y comunitario.
- ✓ Capacitación a los recursos humanos que trabajan en áreas de salud, mujer, fiscalía, para la identificación, diagnóstico, atención y apoyo de calidad a las víctimas de VBG, en todas sus variedades.
- ✓ Aplicación de normas sobre detección y atención primaria de las VBG.
- ✓ Expedición de diagnósticos a las personas en situación de violencia.
- ✓ Desarrollo de servicios de atención a personas en situación de violencia en hogares temporales de acogida y otros centros de referencia.
- ✓ Integración de acciones y desarrollo de un sistema de referencias y contrarreferencias entre estamentos que actúan en la prevención o atención de personas en situación de violencia como las Secretarías de la Mujer, de la Niñez y Adolescencia y de la Juventud, Ministerios de Salud y de Educación, Fiscalía, Juzgado de Paz, Policía Nacional, los CODENI y otros.
- ✓ Cooperación y alianzas interinstitucionales, que aseguren la rápida gestión de denuncias en relación a la violencia, sin ningún tipo de discriminaciones.
- ✓ Registro actualizado y análisis de las atenciones, desagregadas por edad, tipo de violencia y de lesión y características del agresor.
- ✓ Creación y fortalecimiento de centros de atención médica de la violencia con asistencia psicológica, jurídica y social; hogares temporales de acogida para niños y niñas menores y mayores en situación de violencia, centros de recuperación y rehabilitación especializados.
- ✓ Promoción ante el Gabinete Social y Secretaría de la Mujer y Bienestar Social de medidas adecuadas para el funcionamiento de hogares o centros de acogida para mujeres, niños y niñas víctimas de violencia.

- ✓ Incorporación del desarrollo de la cultura de la no violencia como eje temático en el Sistema Educativo formal y no formal.
- ✓ Formación y educación permanente en los servicios e incentivos para la permanencia de recursos humanos motivados y capacitados en el tema.
- ✓ Apoyo al funcionamiento de redes institucionales y comunitarias de prevención, atención y rehabilitación de las víctimas de la VBG, la violencia contra la mujer, la violencia intrafamiliar y contra y entre niños, niñas y adolescentes.
- ✓ Prevención y atención a víctimas de abuso, violencia y explotación sexual contra mujeres y varones, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.
- ✓ Fortalecimiento de mecanismos permanentes, sistematizados y eficaces de formulación y recepción de denuncias de las violaciones de derechos sexuales y reproductivos, las VBG en todas sus formas y acerca de las deficiencias en el acceso y calidad de atención en los servicios.
- ✓ Conformación de equipos regionales para el análisis de la información y el monitoreo así como grupos para el apoyo médico, psicológico y legal ante las violencias.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

Línea de Acción 2: Implementación efectiva del “Protocolo de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual”, conforme a las características de cada servicio, en todo el país

Resultado Esperado: El Protocolo de Atención es implementado en las redes de servicios, conforme a las características de cada red, en especial en las unidades de salud de la familia, Policlínicas de especialidades y Urgencias.

Lineamientos:

- ✓ Impresión y distribución a las redes de servicios del “Protocolo de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual”.
- ✓ Capacitación de los recursos humanos y mejoría del acceso a los insumos y servicios de apoyo necesarios para la implementación del Protocolo.
- ✓ Implementación del “Protocolo de Atención a las víctimas de Violencia Sexual” en los establecimientos de las redes integradas de servicios de salud, en especial en las redes de Urgencia, así como en los ambulatorios o policlínicas de especialidades.
- ✓ Integración y coordinación de acciones entre las diferentes instituciones involucradas en el tema: Secretarías de la Mujer, de la Niñez y Adolescencia y de la Juventud, Ministerio Público, la Fiscalía, los Juzgados de Paz, Policía Nacional, CODENI, Fundaciones, ONG especializadas y otras.

- ✓ Desarrollo de instrumentos de recolección de datos y análisis de las informaciones que permitan visualizar la problemática, desagregada por edad y sexo y tipo de violencia para la toma de decisiones y el desarrollo de acciones de seguimiento y evaluación.
- ✓ Supervisión capacitante y verificación periódica del cumplimiento de las normas y tenencia de Libro de Actas foliado para diagnóstico.
- ✓ Registro estadístico, según las normas.

■ **Línea de Acción 3: Desarrollo de políticas y estrategias de concienciación para la prevención de la violencia basada en género**

Resultado Esperado: Existen mecanismos legales, educativos y de salud para prevenir, monitorear y reducir la VBG.

Lineamientos:

- ✓ Concienciación con autoridades, líderes y población general del impacto de la violencia en la sociedad y sobre la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y contención.
- ✓ Promoción de adhesiones a una declaración expresa que identifique a la VBG, VIF y violencia sexual en todas sus formas, como problemas prioritarios de la salud pública.
- ✓ Desarrollo de modelos para detección y atención primaria de VBG, VIF y violencia sexual.
- ✓ Desarrollo del marco jurídico, mediante el apoyo a la actualización de leyes, elaboración de resoluciones ministeriales, decretos, ordenanzas municipales, normas nacionales para la prevención, atención y control de la VBG.
- ✓ Capacitación de los recursos humanos en salud en la importancia de la VBG como problema de salud pública, en el marco jurídico y en el modelo de atención implementados.
- ✓ Inclusión del tema de VBG en los componentes de salud mental, epidemiología, SSR y promoción de la salud, en las USF y las redes de servicios.
- ✓ Incorporación e implementación de contenidos sobre la VBG en el sistema educativo nacional: formación de niños, niñas y adolescentes en escuelas, colegios, liceos, centros e institutos de formación docente, de militares y policías, comunitarios y religiosos.
- ✓ Promoción de la cultura de la no violencia y apoyo a campañas de “no silencio”, “no ocultamiento” a las agresiones.
- ✓ Incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas, incluidas las políticas de salud, de juventud, niñez y adolescencia y en los planes de salud y desarrollo.

- ✓ Promoción de acciones educativas sobre derechos para el empoderamiento de mujeres, niños, niñas y adolescentes en atención primaria, salud mental, SSR, consultorios amigables de adolescencia y con los promotores de salud en las USF y en las comunidades.
- ✓ Desarrollo de procesos en los servicios, en las acciones de educación y promoción de la salud y de capacitación de proveedores de servicios, para eliminar todos los estereotipos y las actividades que avalan o promuevan la violencia y las prácticas discriminatorias basadas en género.
- ✓ Establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación de impacto de las acciones, así como para la vigilancia, con participación ciudadana.
- ✓ Incorporación de la temática de las VBG en la educación de la salud y de la sexualidad en el sistema educativo nacional y su difusión por los medios de comunicación social.
- ✓ Incorporación de contenidos de VBG, prevención, atención, denuncia, rehabilitación de víctimas y de victimarios, seguimiento y apoyo a víctimas en la currícula de los Institutos de enseñanza de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas de la Nación.
- ✓ Conformación de un Grupo de Trabajo multidisciplinario e interinstitucional en género, salud y violencia, a nivel de los Consejos de Salud.
- ✓ Incorporación e implementación sistemática del análisis y el enfoque de género en las políticas, programas y servicios de salud.
- ✓ Reforzamiento, en todo el país, de mecanismos de articulación entre las redes de servicios de salud, la Fiscalía, Juzgados de Paz, Policía Nacional, Secretarías de la Mujer, de la Niñez y Adolescencia para acciones conjuntas y convergentes.
- ✓ Registro estadístico, de acuerdo a normas.

VII. Abogacía, Comunicación Educativa y Participación

El sistema de salud y sus redes de servicios por sí solos no pueden abordar todos los aspectos de la salud, y en especial sus diversos determinantes. El logro de la salud integral de vida de todas las personas exige el compromiso de todos los sectores de la sociedad. Se debe conformar un equipo de trabajo transectorial con participación social en todos los niveles del sistema nacional, departamental y local, para avanzar en las políticas públicas de salud y calidad de vida.

El logro de apoyos políticos, técnicos, materiales y financieros de diversos actores y sectores exige un intenso cabildeo y la exposición de argumentos a favor de la salud, la equidad, los derechos humanos, la no violencia y la SSR.

El nuevo paradigma de la salud, con los cambios necesarios hacia un sistema de salud organizado, moderno, participativo e incluyente, necesita convicción política, compromiso y firme apoyo de líderes de diversos sectores públicos, privados y de la seguridad social, así como de una comunidad local dotada de poder, con mecanismos y espacios adecuados para participar activamente en el cambio en salud.

La abogacía en salud es una labor permanente y sostenida, que busca la adhesión y el apoyo de personas e instituciones que puedan expresarse en políticas y acciones concretas favorables a la causa de la salud, debido a un convencimiento basado en argumentos sólidos y en evidencias.

La gente que concurre a los servicios tiene derecho a saber sobre la salud. La gente que trabaja en los servicios tiene el deber de informar. El lenguaje comunicacional debe ser sencillo, comprensible y respetuoso y la información oportuna, correcta, veraz, adecuada a la cultura y al idioma de la población. Una comunicación horizontal y bidireccional asegura la comprensión y crea confianza. Informar es transmitir un mensaje (como los horarios y los turnos de atención); comunicar ya motiva nuevas actitudes o comportamientos (como el hacer un mejor uso de los servicios existentes); educar es más profundo y de más largo alcance; es un proceso de enseñanza-aprendizaje, basado en necesidades específicas de cada audiencia, que permite aumentar la capacidad de reflexión ante una situación, para tomar decisiones racionales, verazmente informadas y que influyan en actitudes, habilidades y comportamientos.

En una consejería u orientación de pre o pos consulta los equipos de salud de la familia, en policlínicas o en los grupos de embarazadas, de jóvenes o de clubes de madres en lactancia, se puede informar, comunicar y educar en un mismo proceso.

Es imprescindible fortalecer la comunicación entre Estado y sociedad civil, entre instituciones de salud y comunidades y entre prestadores de salud, usuarios y usuarias de los servicios. La participación de autoridades, líderes y sociedad civil en la construcción colectiva de la salud es una de las principales estrategias de la política de salud.

Esta participación debe darse en todo el proceso de la gestión en salud, desde la realización de diagnósticos, planes locales, departamentales y nacionales y hasta los procesos de monitoreo de la calidad de atención y las rendiciones de cuentas.

La comunicación educativa en salud no puede ser esporádica y circunstancial. Debe responder a una estrategia y un proceso permanente que coloque a la salud en la agenda técnica, política y pública. Debe ser sistemática, diversificada y orientada a toda la población que es diversa, multicultural, multilingüe y conformada por diversos grupos generacionales y sociales con intereses, expectativas y problemas diferentes.

La comunicación educativa enfatiza en una secuencia de análisis de problemas, reflexión, discusión y consenso para facilitar la toma de decisiones y el monitoreo de su cumplimiento. La comunicación no es sólo la transmisión de mensajes. Es generar una disposición para escuchar y ser escuchado, prestar atención y comprender, enseñar y aprender, interrelacionarse para generar conocimientos, intercambiar ideas, propuestas y experiencias. Audiencias públicas, diálogos y foros con debate sobre temas que interesan a la gente son espacios de comunicación, intercambio y generación de valiosos conocimientos para la acción. Las unidades de atención primaria y los equipos de salud de la familia pueden desarrollar con las personas de los territorios sociales el autocuidado, el apoyo mutuo solidario, la creación de ambientes físicos y sociales saludables en donde la gente vive, estudia, trabaja y se divierte.

La participación ciudadana es un derecho que necesita organización e instancias legítimas que faciliten la expresión de la gente y su capacidad de tomar decisiones, para ir consolidando un sistema de salud incluyente y participativo. La participación en salud debe ser informada, consistente, proactiva y co-responsable con el Estado y con los servicios de salud.

Contraloría social es el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública y orientar acciones y gastos en relación a los intereses de la comunidad. Las rendiciones de cuentas se refieren a la responsabilidad del Estado por su desempeño y por el resultado de sus decisiones u omisiones y al derecho de la ciudadanía de exigir su acceso a información pública y a reivindicar sus derechos si éstos son vulnerados.

Se propone INDIFERENCIA CERO a:

- Ausencia o insuficiencia de la comunicación educativa en salud.
- Ausencia de mensajes educativos en salud en los medios de comunicación social.
- Desconocimiento de la población sobre servicios ofrecidos, turnos y horarios de atención.
- Oportunidades perdidas en educación para la salud en los servicios, en las escuelas y en las comunidades.
- Inexistencia de materiales de información y educación en los servicios de salud.

Objetivo General:

Estrategias de defensa, protección y educación a la población sobre salud, derechos y salud sexual y reproductiva permiten promover y mantener espacios abiertos de participación ciudadana en salud.

■ Línea de Acción 1: Abogacía y educación en derechos a la salud y la salud sexual y reproductiva

Resultado Esperado: Las personas conocen, defienden y ejercen su derecho a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos, y las autoridades y técnicos de diversos sectores están comprometidos en el logro de su plena vigencia.

Lineamientos:

- ✓ Abogacía por la salud y los derechos sexuales y reproductivos con líderes de los tres poderes del gobierno, políticos y opinión pública.
- ✓ Información y educación a la población sobre salud, derechos humanos, equidad, derechos sexuales y reproductivos y su importancia en el desarrollo personal y social.
- ✓ Sensibilización a autoridades, docentes y líderes para la defensa, protección y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Apoyo a estrategias, normas, reglamentaciones y leyes que promuevan o defiendan la vigencia de estos derechos.
- ✓ Desarrollo de una política de educación en salud sexual y reproductiva capaz de promover actitudes y prácticas responsables, favorables a la salud.
- ✓ Elaboración y difusión de materiales de información y de educación en SSR, basados en una estrategia nacional definida por el Ministerio de Salud.
- ✓ Utilización de medios masivos y alternativos de comunicación y educación, en especial las radios comunitarias y otros medios locales, para la difusión de mensajes de promoción y prevención en SSR.

- ✓ Elaboración de materiales de información sobre servicios ofrecidos, horarios y turnos de atención y otros temas de interés.
- ✓ Capacitación de recursos humanos en salud en técnicas y métodos de comunicación educativa y en el uso de materiales adecuados de apoyo.
- ✓ Alianzas estratégicas que favorezcan la integración de los esfuerzos y el uso de recursos en educación en salud e información pública.
- ✓ Asesoría en salud y educación entre Ministerio de Salud y Ministerio de Educación y Cultura en la elaboración de contenidos para textos escolares y otros materiales relacionados a la salud, la sexualidad y la SSR.
- ✓ Participación de técnicos del MEC en elaboración de estrategias de promoción de la salud en las comunidades y en las escuelas promotoras de la salud.
- ✓ Acción conjunta del MEC, el Ministerio de Salud, las Secretarías de la Mujer, de la Niñez y Adolescencia y otros actores para la implementación de la educación de la sexualidad en el sistema educativo.

■ Línea de Acción 2: Participación social en salud

Resultado Esperado: Efectiva y genuina participación social en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones en salud y salud sexual y reproductiva, con enfoque de género y derechos.

Lineamientos:

- ✓ Implementación de espacios y mecanismos de participación interinstitucional y de las comunidades en los procesos de gestión de la SSR, tanto a nivel local, como departamental y nacional.
- ✓ Incorporación de la comunidad en la vigilancia y promoción de la SSR por medio de capacitación y seguimiento adecuados.
- ✓ Funcionamiento de Consejos de salud, nacional, regionales y locales y formación en los mismos de Grupos de trabajo específicos para la SSR.
- ✓ Apoyo a la formación, actualización y desempeño de promotores/as, monitores/as comunitarios, colaboradores/as voluntarios/as, líderes de la comunidad, otras formas de voluntariado y de otros actores sociales que trabajan en SSR.
- ✓ Monitoreo y evaluación de impacto de los programas educativos con diversas audiencias y en todos los niveles.
- ✓ Capacitación en SSR a componentes de comisiones vecinales, organizaciones campesinas, grupos de jóvenes y de adolescentes, asociaciones de mujeres y comunidades indígenas.
- ✓ Apoyo y desarrollo de estrategias que favorezcan la participación, el liderazgo y el empoderamiento juvenil, en coordinación con otras entidades como las Secretarías de la Mujer, de la Niñez y Adolescencia, el Viceministerio de la Juventud y ONG que trabajan en el tema.
- ✓ Desarrollo intersectorial y con participación comunitaria de las estrategias de municipios y escuelas saludables o promotoras de la salud, el AIEPI comunitario y la herramienta de acción en salud de personas-familias-comunidades en articulación con los consejos de salud, de calidad de vida, de población y de desarrollo.

VIII. Monitoreo y Evaluación

El monitoreo del Plan Nacional se hará mediante un proceso de seguimiento a su implementación en cada Región Sanitaria y a nivel nacional, para reconocer debilidades en la ejecución y compartir experiencias exitosas, que permitan hacer ajustes o reorientar los esfuerzos, cuando sean necesarios.

La evaluación de la ejecución del Plan consistirá en el análisis de cómo este proceso está alcanzando y en qué medida se alcanzan aquellas metas o resultados que se esperaban obtener. Se basará principalmente en la comparación entre lo que se ha logrado y lo que se quería lograr. Un componente básico de una adecuada evaluación es la definición de Indicadores que deben ser accesibles, confiables y representativos.

La evaluación es una herramienta fundamental para retroalimentar la toma de decisiones en las diferentes etapas del Plan y de las programaciones operativas desde su diseño, avances en la ejecución, proceso y valoración en términos de logros e impactos. Evaluar es emitir un juicio de valor, una conclusión valorativa, en base a estándares o puntos de referencia establecidos.

Conviene que los indicadores sean fáciles de medir, con datos que puedan recogerse en todos los servicios. La información para la evaluación debe ser útil, creíble, veraz, posibilitando la asimilación de lecciones aprendidas.

La evaluación del Plan exigirá a algunas respuestas: El Plan, ¿es pertinente? ¿Está bien diseñado?, ¿tiene objetivos claros, realizables y medibles? Sus líneas de acción, ¿son las más indicadas para lograr resultados? ¿Cómo avanza su implementación? ¿Cuáles son sus dificultades, limitaciones y problemas de ejecución? ¿Se están logrando resultados favorables directamente atribuibles al Plan? La aplicación del Plan, ¿produce efectos colaterales beneficiosos o no? Sus acciones, ¿son costo-efectivas?

También se evaluarán las estrategias utilizadas para lograr las metas y objetivos. La investigación y medición de resultados en base a los indicadores predeterminados en el Plan nos acercarán a una evaluación de los impactos.

Es necesario que se utilicen de manera conjunta y complementaria los métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, dado que así se lograrán evaluaciones más comprensivas y útiles. Para realizar una evaluación técnicamente aceptable es imprescindible contar con un eficiente y confiable sistema de información. Se necesita, además de utilizar los indicadores del Plan, elaborar otros indicadores de equidad, de acuerdo a las posibilidades del sistema de información de proveer datos desagregados por sub-grupos de población.

La información debe contener indicadores para valorar la situación de manera desagregada por edad, sexo, lugar de residencia urbana o rural, condiciones culturales y socioeconómicas. La medición de las inequidades no deberá limitarse a indicadores de acceso, uso de recursos y resultados en salud, además deberán valorar los impactos que generan las políticas públicas en los determinantes socioeconómicos y culturales de la salud.

Objetivo General:

El sistema de monitoreo y evaluación aplicado de manera sistemática, permanente y continua permite una adecuada implementación del Plan a nivel de instituciones, establecimientos y servicios de salud, comunidades, distritos, departamentos y regiones sanitarias y a nivel nacional.

■ **Línea de Acción 1: Desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación**

Resultado Esperado: El Plan tiene un monitoreo permanente, es evaluado de acuerdo a los lineamientos generales de la evaluación y a los Indicadores pertinentes, y contribuye a la toma de decisiones en todos en niveles.

Lineamientos:

- ✓ Conformación y funcionamiento, tanto a nivel nacional como en otros niveles, de equipos de trabajo específicos que realicen el monitoreo y la evaluación sistemática de la implementación del Plan Nacional y de las programaciones operativas. (Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación).
- ✓ Desarrollo de Listado de Indicadores claves y su utilización en los niveles pertinentes.

- ✓ El Consejo Nacional de Salud, su Grupo de Trabajo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva con sus Comisiones y Comités dependientes dan el seguimiento al Plan y reciben periódicamente informaciones sobre su monitoreo y evaluación.
- ✓ Monitoreo y evaluación de acciones intersectoriales conjuntas o concurrentes en el marco de los Consejos de Salud, para valorar logros y dificultades con participación de la comunidad, la sociedad civil y las instituciones de salud, educación, juventud, acción social, niñez y adolescencia, mujer y otros.
- ✓ Utilización de los indicadores establecidos en el Plan Nacional para el monitoreo sistemático y su inclusión en los controles de gestión del nivel operativo.
- ✓ Estudios y análisis de la opinión de usuarios y usuarias, de la población en general y de líderes políticos y comunitarios, como parte del proceso de monitoreo y evaluación.
- ✓ Difusión de resultados de evaluaciones periódicas.
- ✓ Presentación de las evaluaciones anuales a los Consejos Regionales y al Consejo Nacional de Salud.

Indicadores del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Un grupo técnico de Monitoreo y Evaluación determinará el nivel de aplicación, la periodicidad, los medios de verificación y la composición de los Indicadores. Se sugieren algunos Indicadores para cada uno de los Ámbitos funcionales establecidos:

I. Maternidad Segura

1. Disponibilidad y Utilización Sistemática de Normas de Maternidad Segura en los Servicios de Salud de todas las Regiones Sanitarias:

- Manual nacional de atención prenatal.
- IMPAC, Guía para manejo de complicaciones del embarazo y el parto.
- Guía de atención del parto y de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Manual de lactancia materna.
- Guía de atención del recién nacido.
- Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI.
- Guía para la atención de la salud integral de la niñez, adolescencia y madre embarazada (vigilancia del crecimiento y desarrollo).
- Guía para el tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia. Guía para el nivel de referencia.
- Guía de vigilancia epidemiológica de la salud y la morbilidad materna y neonatal.

- Guía nacional de planificación familiar y del manejo de las infecciones de transmisión sexual.
- Manual nacional de normas y procedimientos para la prevención y control del cáncer del cuello uterino.
- Manual de recomendaciones para profilaxis de la transmisión vertical del VIH y terapia anti-retroviral en embarazadas.

2. Atención Prenatal:

2.1

$$\frac{\text{Número de embarazadas esperadas-estimadas}}{\text{Número de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

2.2

$$\frac{\text{Número de embarazadas con atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

2.3

$$\frac{\text{Número de embarazadas con estudio de VDRL realizado}}{\text{Número de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

2.4

$$\frac{\text{Número de embarazadas con estudio de VIH realizado}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

2.5

$$\frac{\text{Número de embarazadas con 4 consultas prenatales}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

2.6

$$\frac{\text{Número de embarazadas menores de 19 años con atención prenatal}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

3. Partos Asistidos en los servicios:

3.1

$$\frac{\text{Número total de partos asistidos en servicios de salud}}{\text{Total de nacidos vivos registrados}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

3.2

$$\frac{\text{Número de operaciones cesáreas realizadas en el servicio de salud}}{\text{Número total de partos asistidos en el servicio de salud}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

3.3

$$\frac{\text{Número de recién nacidos en el servicio de salud con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos)}}{\text{Número total de nacidos en el servicio de salud}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

3.4

$$\frac{\text{Número de partos con partograma completado}}{\text{Total de partos asistidos en el servicio de salud}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

4. Lactancia materna

4.1

$$\frac{\text{Número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al ser dados de alta en los servicios}}{\text{Número total de recién nacidos en los servicios de salud}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

5. Emergencias Obstétricas y neonatales:

5.1

$$\frac{\text{Número total de emergencias obstétricas atendidas}}{\text{Número estimado de Emergencias Obstétricas esperadas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5.2

$$\frac{\text{Número de emergencias obstétricas resueltas en los servicios de salud}}{\text{Número total de emergencias obstétricas atendidas en los servicios de salud}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5.3

$$\frac{\text{Número de emergencias neonatales resueltas en los servicios de salud}}{\text{Número total de emergencias neonatales atendidas en los servicios de salud}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5.4

$$\frac{\text{Número de establecimientos de salud que cumplen con los estándares de cuidados obstétricos y neonatales, CONE, según normas}}{\text{Número total de emergencias neonatales atendidas en los servicios de salud}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6. Mortalidad Materna y neonatal

6.1

$$\frac{\text{Número de muertes maternas registradas en un área geográfica}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en misma área geográfica}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6.2

$$\frac{\text{Número de muertes maternas registradas en el servicio}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en el mismo servicio}} \times 100$$

(Por establecimiento con maternidad)

6.3

$$\frac{\text{Número de muertes maternas ocurridas en los establecimientos de Salud}}{\text{Número total de muertes maternas registradas}} \times 100$$

(Por Región Sanitarias y Nacional)

6.4

$$\frac{\text{Número de muertes maternas ocurridos en el domicilio}}{\text{Número total de muertes maternas registradas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6.5

$$\frac{\text{Número de muertes maternas según procedencia de la mujer}}{\text{Número total de muertes maternas registradas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6.6

$$\frac{\text{Número de muertes maternas según lugar de ocurrencia de la muerte}}{\text{Número total de muertes maternas registradas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6.7

$$\frac{\text{Número de muertes materna según causas biológicas}^*}{\text{Número total de muertes maternas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

- * - por hemorragia
- por aborto
- por hipertensión debida a embarazo
- por infecciones
- otras
- directas
- indirectas

7. Mortalidad Neonatal:

$$\frac{\text{Número de muertes en recién nacidos fallecidos antes de los 28 días de vida}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

8. Mortalidad Infantil

$$\frac{\text{Número de muertes en menores de un año en un periodo}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo periodo}} \times 1000$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

9. Mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad

$$\frac{\text{Número de muertes en niños/ niñas de 1 a 4 años de edad}}{\text{Población total de niños/ niñas de 1 a 4 años de edad}} \times 1000$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10. Sistema de Vigilancia

10.1

Número de Comisiones o Grupos de Trabajo del “Sistema de vigilancia de la salud y morbimortalidad materna y neonatal”; VESMMM-N funcionando

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10.2

Registro en acta del número de reuniones realizadas por Comités de Vigilancia

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10.3

Número de muertes maternas y neonatales registradas por Comités de Vigilancia

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10.4

Número de Muertes Maternas y Neonatales con análisis de causas e informe final de Comité de Vigilancia

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10.5

Número de muertes maternas y neonatales registradas, notificadas, estudiadas y con informe final (según norma de vigilancia) en todo el país

(Nivel Nacional)

II. Planificación Familiar

1. Disponibilidad y utilización sistemática de las Normas de Planificación Familiar y del SIAL en los servicios de salud.

2. Cantidad de anticonceptivos consumidos en los servicios (por tipo de anticonceptivos, por mes y año).

CPM (Consumo Promedio Mensual)

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3. Año de protección pareja proveídos por el MSP anualmente.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Porcentaje de desabastecimiento de anticonceptivos.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Servicios de Planificación Familiar en el Sistema Público de Salud:

$$\frac{\text{Número de Servicios del Sistema público que proveen por lo menos 3 tipos de anticonceptivos modernos}}{\text{Total de Servicios del Sistema Público de Salud}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

III. Prevención y Control de las ITS y por VIH

1. Disponibilidad y utilización sistemática de Normas de ITS y VIH en los servicios de salud y del Manual de Recomendaciones para la profilaxis de la transmisión vertical del VIH y terapia anti-retroviral en embarazadas.

2. Embarazadas con análisis de VIH realizados:

$$\frac{\text{Número total de embarazadas con análisis de VIH realizado}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3. Embarazadas con análisis de VDRL realizados:

3.1

$$\frac{\text{Número total de embarazadas con VDRL realizado}}{\text{Número total de embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3.2

$$\frac{\text{Número total de embarazadas con VDRL positivo}}{\text{Número total de embarazadas con VDRL realizado}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Recién nacidos con sífilis congénita:

4.1

$$\frac{\text{Número de recién nacidos con VDRL positivo}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4.2

$$\frac{\text{Número de recién nacidos con sífilis congénita tratada}}{\text{Número de Recién Nacidos con Sífilis}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Mujeres embarazadas con VIH positivo:

5.1

$$\frac{\text{Número de mujeres embarazadas con VIH positivo (Inmunofluorescenciaindirecta-IFI o Western Blot)}}{\text{Número de mujeres embarazadas que reciben tratamiento con Antirretrovirales}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5.2

$$\frac{\text{Número de mujeres embarazadas con VIH positivo}}{\text{Número total de embarazadas con análisis de VIH realizado}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5.3

$$\frac{\text{Número de mujeres embarazadas con VDRL positivo con tratamiento}}{\text{Número total de mujeres embarazadas con VDRL positivo}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6. Mujeres embarazadas con VIH positivo con tratamiento:

$$\frac{\text{Mujeres embarazadas con VIH positivo con tratamiento realizado}}{\text{Número de mujeres embarazadas con VIH positivo}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

IV. Educación de la Sexualidad. Trabajo con niños, niñas, jóvenes y adolescentes

1. Disponibilidad y utilización del “Marco Rector Pedagógico de Educación de la Sexualidad” en las instituciones educativas.

2. Currícula de Educación de la Sexualidad definida y aprobada por el MEC e implementada en el Sistema Educativo Nacional, de acuerdo a su cronograma:

- a) en Institutos de Formación Docente;
- b) en Educación Escolar Básica;
- c) en Educación Escolar Media;
- d) en Programas de Alfabetización de Adultos.

3. Número de instituciones que de desarrollan programas de educación de la sexualidad.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Número total de Grupos Juveniles y número total de jóvenes y adolescentes que participaron en jornadas de educación de la sexualidad.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Número de instituciones que implementan programas de educación y/o de servicios de salud sexual y reproductiva con adolescentes.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6. Embarazo en adolescentes

6.1

$$\frac{\text{Número de adolescentes embarazadas con atención prenatal}}{\text{Número total de mujeres embarazadas con atención prenatal}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6.2

Número de adolescentes embarazadas que tengan su parto en los servicios de salud

(Por Región Sanitaria y Nacional)

V. Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la Salud Sexual y Reproductiva

1. Disponibilidad y utilización sistemática de la Norma de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en los servicios de salud de todas las Regiones Sanitarias.

2. Pruebas de PAP:

2.1

$$\frac{\text{Número de pruebas de PAP realizadas}}{\text{Número de pruebas de PAP programadas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

2.2

$$\frac{\text{Número total de pruebas de PAP positivo}}{\text{Número de pruebas de PAP realizadas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

2.3

$$\frac{\text{Número de pruebas de PAP realizadas en mujeres de 25 a 49 años de edad en una Región}}{\text{Número de mujeres de 25 a 49 años en la misma Región}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

2.4

$$\frac{\text{Número de confirmación diagnóstica realizada por colposcopia}}{\text{Número de mujeres con citología de cuello uterino anormal}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria)

2.5

$$\frac{\text{Número de Biopsias de cuello uterino positivas}}{\text{Número de Biopsias de cuello uterino realizadas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria)

2.6

$$\frac{\text{Número de pacientes tratadas}}{\text{Número Biopsias de cuello uterino positivas}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria)

3. Tamizaje para cáncer de mamas:

$$\frac{\text{Número de mujeres con tamizaje para cáncer de mamas realizado}}{\text{Total de mujeres que consultaron en el servicio en el mismo periodo}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Número de personas que recibieron consejería sobre infertilidad.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Número de consultas realizadas a hombres en consultorios de urología o de ITS.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

VI. Prevención y atención a personas en situación de violencia sexual y violencia basada en género

1. Número de servicios que disponen y utilizan sistemáticamente el Protocolo de atención a personas en situación de violencia.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

2. Número de proveedores de servicios de salud capacitados en VBG, violencia sexual y uso del Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3. Violencia en mujeres:

$$\frac{\text{Número de mujeres que sufrieron violencia atendidas en los servicios y con riesgo de embarazo no planeado}}{\text{Total de esas mujeres que recibieron PAE en el servicio}} \times 100$$

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

4. Total de víctimas de VBG atendidas y clasificadas según edad y tipo de violencia.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Número de atenciones de niños y niñas (hasta 16 años) víctimas de violencia y abuso sexual.

(Por Distrito, Región Sanitaria y Nacional)

VII. Abogacía, Educación y Participación

1. Disponibilidad y utilización sistemática del Plan Nacional de SSR 2009-2013 en los servicios de salud de las 18 Regiones Sanitarias.

2. Disponibilidad de Programación Local Operativa de SSR.

(Por Regiones, Distritos y Establecimientos)

3. Informe sobre elaboración, actualización, difusión y aplicación de Leyes, Normas, Protocolos de atención en SSR.

(Nacional)

4. Porcentaje de Consejos de Salud que incluyen representación de mujeres y varones jóvenes.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Número de grupos juveniles registrados para trabajar en salud.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

6. Porcentaje de Consejos de Salud que incorporan en su agenda a la SSR.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

7. Número de promotores, voluntarios, monitores juveniles y adultos existentes, capacitados en SSR y que efectúan acciones de SSR en las comunidades.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

8. Porcentaje de servicios de salud que disponen de materiales educativos fijos (carteles, afiches, rotafolios) y de volantes u otros materiales educativos que entregan a usuarios y usuarias de los servicios.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

9. Registro y descripción de la participación de la institución o servicio de salud en medios de comunicación, comunitarios o comerciales (prensa escrita, radio o televisión).

(Por Región Sanitaria y Nacional)

10. Cantidad de visita registrada en la página Web del Ministerio y de otras instituciones, con difusión de temas de SSR.

(Nacional)

VIII. Gestión en Salud

1. Disponibilidad y utilización sistemática de las Normas Administrativas y Financieras del país y del Ministerio de Salud y del Presupuesto Nacional.

2. Presupuesto anual asignado a SSR y porcentaje de ejecución:

$$\frac{\text{Monto total de presupuesto anual asignado a SSR}}{\text{Monto total del presupuesto anual ejecutado}} \times 100$$

(Nacional)

3. Existencia y utilización de Guías de Supervisión de Salud Sexual y Reproductiva.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Número de supervisores/ capacitadores de salud sexual y reproductiva en funciones.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

5. Servicios de Emergencias Obstétricas y neonatales

3.1

$$\frac{\text{Número total de hospitales nacionales regionales y distritales con capacidad resolutive de Emergencias Obstétricas}}{\text{Número total de hospitales nacionales, regionales y distritales existentes}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3.2

$$\frac{\text{Número total de hospitales nacionales regionales y distritales con capacidad resolutive de Emergencias Neonatales}}{\text{Número total de hospitales nacionales regionales y distritales existentes}} \times 100$$

(Por Región Sanitaria)

6. Nivel de desabastecimiento de anticonceptivos y de insumos para atención del parto y cesáreas.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

7. Registro de controles de gestión en SSR trimestral y anual realizados y prueba escrita de monitoreo de recomendaciones realizadas.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

IX. Monitoreo y Evaluación del Plan

1. Existencia de un Grupo Técnico específico que aplica un Programa de Monitoreo y Evaluación del Plan por regiones y a nivel nacional.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

2. Número de instituciones públicas, de la seguridad social, ONG, privadas y de la comunidad que participan sistemáticamente en aplicación del Programa de Monitoreo y Evaluación del Plan.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

3. Informes de evaluación semestral y anual del Plan presentados a Consejos Regionales y Consejo Nacional de Salud.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

4. Publicación y difusión anual de Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva.

(Por Región Sanitaria y Nacional)

Acrónimos

ACE:	Asociaciones de Cooperación Escolar.
AIEPI:	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
APA:	Atención Pos aborto.
APS:	Atención Primaria en Salud.
ARV:	Antirretrovirales.
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo.
CAP:	Conocimientos, actitudes y prácticas.
CCC:	Comunicación para Fomentar Cambios de Comportamientos.
CDC:	Centros de Control y de Prevención de Enfermedades.
CDIA:	Coordinadora por los Derechos de la Infancia y Adolescencia.
CEPEP:	Centro Paraguayo de Estudios de Población.
CEDAW:	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés).
CIPD:	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
CMI-UNA:	Centro Materno Infantil-Universidad Nacional de Asunción.
CODENI:	Consejería de la Defensa de la Niñez y Adolescencia.
CONAREM:	Comisión Nacional de Residencias Médicas
CONE:	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.
COPRECO:	Comité de Prevención y Control del Sida.
CTV:	Consejería y Testeo Voluntario.
DAIA:	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DESC:	Derechos Económicos Sociales y Culturales.
DGEEC:	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos.

DIU:	Dispositivo Intrauterino.
ENDSSR:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva.
EPSS:	Educación Permanente en Servicios de Salud.
ETR:	Equipos Técnicos Regionales.
FEJUVE:	Federación de Juntas Vecinales.
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
GTZ:	Cooperación Técnica Alemana para el Desarrollo (por su sigla en alemán).
HCPB:	Historia Clínica Perinatal Básica.
HPV:	Virus del Papiloma Humano.
HSH:	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.
IFD:	Instituto de Formación Docente.
IMPAC:	Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto-(Integrated Management of Pregnancy and Childbirth).
INE:	Instituto Nacional de Estadística.
IPPF:	Federación Internacional de la Planificación Familiar.
IPS:	Instituto de Previsión Social.
ITS:	Infección de Transmisión Sexual.
LAC:	Latinoamérica y el Caribe.
MEC:	Ministerio de Educación y Cultura.
MEF:	Mujeres en Edad Fértil.
MSPyBS:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
n.v.:	Nacidos Vivos.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OG:	Organización Gubernamental.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organización No Gubernamental.
ONUSIDA:	Programa Integrado de las Naciones Unidas para el sida.
OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
OSC:	Organización de la Sociedad Civil.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
PNIO:	Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres.
PNSSR:	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
PTMH:	Prevención de la Transmisión de Madre Hijo/a.
PTMI:	Prevención de la Transmisión Materno-infantil.
PVVS:	Personas que viven con el VIH y sida.
RMM:	Razón de Mortalidad Materna.
RN:	Recién Nacidos/ Recién Nacidas.
SIAL:	Sistema de Información y Administración Logística.

Sida:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SINAIS:	Sistema Nacional de Información en Salud.
SIP:	Sistema Informático Perinatal.
SNNA:	Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia.
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva.
TGF:	Tasa Global de Fecundidad.
TSF:	Trabajadoras Sexuales Femeninas.
TSM:	Trabajadores Sexuales Masculinos.
TTS:	Travestis Trabajadoras Sexuales.
UAPS:	Unidad de Atención Primaria en Salud.
UDI:	Usuarios/as de Drogas Intravenosas.
UMT:	Unidades de Medicina Transfusional.
UNA:	Universidad Nacional de Asunción.
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
USAID:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
USF:	Unidad de Salud de la Familia
VBG:	Violencia Basada en Género.
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VIF:	Violencia intrafamiliar.

Impresión: Arandura Editorial
Teléfono (595 21) 214 295
Tte. Fariña 884. Asunción