



Resolución Ministerial

Lima, 14 de Julio del 2005



Visto el Expediente N° R-032467-05;

CONSIDERANDO:

Que por Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, de fecha 22 de setiembre de 1999, se aprobaron las "Normas de Planificación Familiar" que contenían los objetivos, principios, enfoques, estrategias y prácticas del anterior Programa de Planificación Familiar;



Que mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004, se aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva y, con Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, de fecha 09 de marzo de 2005, se aprobó el Plan General de dicho Estrategia para los años 2004-2006, cuyo objetivo es fortalecer la salud sexual y salud reproductiva de la población peruana;



Que dentro de este contexto, se ha considerado conveniente actualizar la normatividad aprobada por la citada Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM y se ha procedido a elaborar la "NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR", cuyo propósito es lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar, en coordinación con las institucionales de la sociedad civil, habiéndose incorporado las sugerencias y recomendaciones presentadas, por identificarse con los objetivos de dicha norma;



Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,



De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la NT N° **032** -MINSA/DGSP-V01: "NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva, es responsable de la difusión e implementación de la citada Norma Técnica.



Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de dicha Norma Técnica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Norma Técnica en la página web del Ministerio de Salud.



Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, de fecha 22 de setiembre de 1999.

Regístrese, comuníquese y publíquese



Pilar MAZZETTI-SOLER
Ministra de Salud

NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

I. INTRODUCCIÓN

El interés por la sexualidad y la reproducción en las agendas públicas nacionales e internacionales data de por lo menos dos décadas. Aun cuando las decisiones en estos ámbitos correspondan en última instancia a los individuos, la historia nos ha demostrado la relevancia de la intervención del Estado y de diversos actores públicos en su regulación. En este complejo debate desde la demografía, el desarrollo y el enfoque de los derechos humanos se confrontan diferentes posiciones y se establecen consensos y alianzas para lograr el fin último que es alcanzar los ideales reproductivos ejerciendo el derecho a la salud.

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 y, luego de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1995, surgen en nuestro país una serie de instancias y compromisos, creándose marcos legales y normativos favorables a la mujer, a la salud y a los derechos reproductivos.

En el Programa de Acción de la CIPD se insta a todos los países a velar porque todas las personas, de acuerdo a su edad, tengan a su alcance, a través de los sistemas de atención primaria, servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de maternidad segura, salud sexual, planificación familiar y de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH/SIDA, lo antes posible y no más tarde del año 2015. Los países deben proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, información y atención en materia de salud sexual y reproductiva.

Según los resultados de la ENDES 2004, se ha registrado una disminución de la fecundidad de 2.9 (2000) a 2.4 (2004) para el nivel nacional, a expensas de la población rural, que ha disminuido de 4.3 a 3.6 hijos por mujer, mientras que en el área urbana solo ha descendido de 2.2 a 2 hijos por mujer. Sin embargo, el análisis de la prevalencia de anticonceptivos nos muestra que ha habido una disminución del uso de métodos modernos, con un incremento importante del uso de métodos tradicionales (de 18 a 22% de mujeres casadas/unidas). Por lo tanto, es preciso resaltar las brechas que aun existen entre las poblaciones urbanas y rurales y contrastar estas cifras con la situación de pobreza, la falta de accesibilidad a servicios de calidad y los altos índices de morbilidad y mortalidad materna que aun ostentan las mujeres de las poblaciones rurales.

La salud sexual y la salud reproductiva están íntimamente relacionadas y son interdependientes. Con esta perspectiva, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuando, como y con que frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

En este marco, el presente documento contempla los enfoques de derechos humanos, sexuales y reproductivos, así como el enfoque de género, la prevención de violencia familiar, interculturalidad e integralidad. Asimismo incluye el componente Administrativo, el cual determina las funciones de los niveles administrativos, competencias de proveedores y líneas de acción de Planificación Familiar; finalmente un componente técnico que establece las disposiciones para la atención en los servicios de planificación familiar.

Con el presente documento, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, busca establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en Planificación familiar, reforzando las competencias técnicas de los proveedores de salud a fin de que los mismos organicen y provean los servicios, para que estos sean accesibles y de calidad y contribuir a que las parejas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.

II. OBJETIVOS DE LA NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN

A. OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida del (a) usuario(a), así como de su familia, su comunidad y el país.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios para la atención integral en planificación familiar, respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y el enfoque de género en los servicios de atención.
- Mejorar la prestación del servicio, mediante procedimientos estandarizados en aspectos técnicos para la mejora de las competencias del personal en la atención en Planificación Familiar.
- Establecer las responsabilidades y procedimientos administrativos y logísticos para asegurar la disponibilidad de insumos y medicamentos.
- Contribuir a mejorar la libre e informada elección de las personas a los métodos anticonceptivos de acuerdo a su opción reproductiva.
- Fortalecer el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos y reproductivos en los servicios de planificación familiar.



III. BASE LEGAL

- 1) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU, 1966.
- 2) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
- 3) Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. OEA, 1994.
- 4) Constitución Política del Perú.
- 5) Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar, aprobada por la Ley N° 26260 (el Texto Único Ordenado de esta Ley fue aprobado por Decreto Supremo N° 006-97-JUS).
- 6) Ley de Política Nacional de Población, aprobada por el Decreto Legislativo N° 346 y modificada por la Ley N° 26530.
- 7) Ley General de Salud, aprobada por la Ley N° 26842.
- 8) Código de los Niños y Adolescentes, aprobado por la Ley N° 27337.
- 9) Ley del Ministerio de Salud, aprobada por la Ley N° 27657.
- 10) Reglamento de la Ley N° 27657, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- 11) Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM, que estableció la Gratuidad de la Atención de Planificación Familiar en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 12) Resolución Ministerial N° 495-97-SA/DM, que aprobó las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva.
- 13) Resolución Ministerial N° 440-98-SA/DM, que aprobó las Normas de Calificación de Médicos-Cirujanos para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
- 14) Resolución Ministerial N° 103-99-SA/DM, que aprobó el Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico 1998-2000.
- 15) Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM, que aprobó la Implementación de Anticoncepción Oral de Emergencia en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 16) Resolución Suprema N° 007-2003-SA, que designó la Comisión de Alto Nivel para el Informe Científico Médico y Jurídico de la Anticoncepción Oral de Emergencia.
- 17) Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)".
- 18) Resolución Ministerial N° 219-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 009-DGSP /MINSA-V.01: Recalificación de los Puntos de Entrega de Servicio (PES).
- 19) Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprobó las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- 20) Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- 21) Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006.
- 22) Resolución Directoral N° 002-DGSP-98, que aprobó el Manual de Consejería en Planificación Familiar.

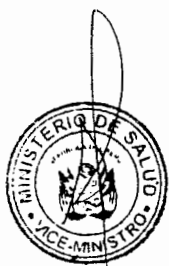


2

IV. ÀMBITO

El presente documento norma las actividades de Planificación Familiar que se desarrollan en el Sector Salud, en todo el territorio nacional, de acuerdo con el rol rector del MINSA a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El cumplimiento de las disposiciones aquí descritas es obligatorio para las Direcciones Regionales de Salud, establecimientos de salud públicos y privados que realicen actividades de Planificación Familiar.



V. ENFOQUES

A. DERECHOS HUMANOS

1. DERECHOS CIUDADANOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Privacidad.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, triaje, farmacia y otros.
- Esperar que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.
- Ser examinado en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento.
- Permanecer con bata, nunca desnuda/o, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió colocarse la bata.
- No hablar o ver si no lo desea a personas que no esté oficialmente relacionado/ a con el establecimiento de salud, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el establecimiento pero no involucradas directamente en su atención.

Información.- toda persona usuaria tiene derecho a:

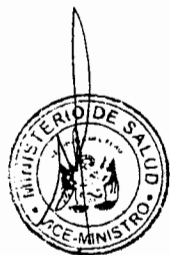
- Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento a realizar. Dicha información será comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de órganos sexuales y reproductivos.
- Recibir información completa sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-SIDA, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA) indicados para hombres y mujeres.
- Recibir por escrito, a su solicitud, los resultados de análisis y otras pruebas diagnósticas, diagnóstico, las indicaciones, procedimientos y tratamiento, así como la epicrisis o resumen de Historia Clínica al alta.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la persona usuaria, excepto en los casos que la ley lo señale.

Identidad de las Personas Proveedoras de Servicios.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Conocer la identidad y el cargo de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar.
- Conocer el nombre del/la profesional de salud que está a cargo de su atención.
- Conocer quien/es son las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.

Seguridad Personal.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas, el cumplimiento de los estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden aislamiento, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal.



Comunicación.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización en los establecimientos de salud a través de visitas. Cuando la persona usuaria/o no hable, ni entienda el idioma español, podrá tener acceso a su intérprete.

Toma de Decisiones.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud. Este acto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición, los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo el riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido /a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometido a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- Consultar con otros/as profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.
- Estar informada/o del propósito del establecimiento de realizar algún proyecto de investigación. Tiene el derecho a rehusar su participación en dichas actividades o en actividades de entrenamiento clínico, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud, o a participar voluntariamente luego de haber dado consentimiento informado.

Rehusar a Recibir Tratamiento.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido la información completa sobre los mismos.
- Rehusar el tratamiento en cualquier momento. Este hecho no le hará perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios del establecimiento, pudiendo reiniciar el manejo posteriormente sin ningún tipo de discriminación.

Respeto y Dignidad.- toda persona usuaria tiene derecho a:

- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- Que se respeten sus creencias, y valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.

Reclamo y resarcimiento.- toda persona usuaria tiene derecho:

- A recibir constancia por escrito, en caso de negativa del proveedor a entregarle o aplicarle el método solicitado, de manera que la persona solicitante pueda efectuar los reclamos correspondientes.
- A recibir el resarcimiento por los daños que se le pueda ocasionar por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.

2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil entre otros, a los servicios de atención que incluyan la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.

3. RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS USUARIAS/OS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Brindar de acuerdo a sus posibilidades y conocimientos información sobre sus antecedentes y estado de salud, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención adecuados.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones que el profesional señale, así como los tratamientos y procedimientos que le indiquen para su recuperación y rehabilitación.

B. CALIDAD ÓPTIMA DE LOS SERVICIOS

- Garantizar la decisión libre e informada y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos.
- Brindar información veraz, completa y oportuna sobre todos los métodos anticonceptivos que se dispone en los establecimientos, incluyendo las características de los mismos.
- Garantizar la competencia técnica y humana de las personas prestadoras de servicios.
- Fomentar relaciones interpersonales de cordialidad y mecanismos de medición de la satisfacción de las/los usuarias/os, la observancia de los derechos ciudadanos y la participación ciudadana en la evaluación de la atención de los servicios.



C. EQUIDAD DE GÉNERO

La consideración del enfoque de género en la oferta de los servicios de planificación familiar, permite comprender cómo los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato desigual entre los hombres y mujeres en la oportunidad de los servicios y un trato diferencial dentro y fuera de los establecimientos de salud.



Comprende:

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual debe ser informada y responsable para el ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, prevención de prácticas sexuales de riesgo, prevención de la violencia basada en género y abuso sexual.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad existente y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de las familias y comunidad.
- Incluir la participación y responsabilidad de los varones en la salud sexual y la salud reproductiva.
- Promover el desarrollo de información y servicios para varones.



D. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. La violencia contra las mujeres definida como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada está asociada a riesgos en la Salud Reproductiva porque: Es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, disminuye el poder de decisión de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos aumentando el riesgo de embarazos no deseados.



Comprende:

- Sensibilizar a la población y a los proveedores en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Contribuir al diagnóstico de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial, incluyendo la prescripción de la AOE.

E. INTERCULTURALIDAD

El reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales en el país implica el conocimiento, comprensión y acción de los trabajadores de salud conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género, introduciendo adaptaciones en la atención.

Sensibilización y capacitación del personal en relación a conocimientos, comprende:

- Conocimientos actitudes y practicas de los/las usuarios/as.
- Adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con Agentes comunitarios de salud, trabajo de Pares.
- Atención domiciliaria.

I. INTEGRALIDAD:

La integralidad es un cambio de concepción de cómo "mirar" a las personas para que los servicios que le sean entregados logren mejor impacto sobre su estado de salud asegurando su oportunidad y continuidad. Esta "mirada" reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: la persona tiene una carga biológica y psicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas del entorno familiar y de la comunidad. A su vez la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario. Por tanto una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques.

La integralidad incluye la priorización de problemas específicos de salud por su alta prevalencia y/o externalización, que requieren se aborden por estrategias sistematizadas con enfoque de Salud Pública. En este caso la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

VI. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

A. RESPONSABILIDADES DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS EN EL MINSA

Para que las actividades de Planificación Familiar se desarrollen en los diversos niveles de la red de servicios del Ministerio de Salud, se requiere de una adecuada organización estructural y funcional de responsabilidades:

1. **En el Nivel Central**, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, dependencia de la Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de planificar, organizar, dirigir, supervisar, monitorear, y evaluar las actividades de Planificación Familiar.
2. **En el Nivel Regional**, la Direcciones de Salud son las responsables de la gerencia, conducción, supervisión y el control permanente de las actividades de Planificación Familiar en el ámbito de su jurisdicción, teniendo en cuenta las Normas Técnicas y administrativas de Planificación Familiar y las Guías de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva que pueden ser adecuadas a la realidad local.

Las actividades de Planificación Familiar en este nivel son coordinadas por el/la Responsable de la Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva, quien tiene la función de la organización, supervisión, monitoreo y la adaptación local de las actividades de Planificación Familiar teniendo en cuenta su realidad y disponibilidad de recursos. El/la Responsable de la estrategia depende directamente del Director Regional de Salud.

3. **En el Nivel Local**, REDES, MICRORREDES, ESTABLECIMIENTO DE SALUD y/o CLAS: La dirección o gerencia del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones de Planificación Familiar de acuerdo a las Normas establecidas, categorías y su nivel de complejidad (Cuadro N° 01) a su vez designará a un/a responsable de las actividades de acuerdo a su perfil profesional para que operativice las actividades las cuales deben contar con la participación de la comunidad.

CUADRO N° 1

NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de Complejidad	I - 1
	2° Nivel de Complejidad	I - 2
	3° Nivel de Complejidad	I - 3
	4° Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II - 1
	6° Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1
	8° Nivel de Complejidad	III - 2

B. COMPETENCIA DE LOS PROVEEDORES PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

En toda circunstancia los/las proveedores/as de servicios de salud tiene la responsabilidad de actuar de acuerdo a su competencia técnica, a los lineamientos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, a las Guías de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, a las Normas Técnicas y administrativas de planificación familiar y al respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Personal De Salud	Atenciones en Planificación Familiar															
	Consejería y Orientación	Abstinencia periódica	MELA	Condón	Espemicidas	Anticonceptivos hormonales orales	Anticonceptivos hormonales inyectables	Anticoncepción oral de emergencia (AOE)	Insersión y retiro de DIU	Insersión y retiro de Implantes	Detección y Dx de ITS/ VIH/SIDA	AQV femenina	AQV masculina	Controles Post-AQV	Violencia	Detección y Diagnóstico de Cáncer Ginecológico
Ginecólogo/a-Obstetra o Especialista en Cirugía General	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X(1)	X	X	X
Urólogo/a entrenada/o en provisión de anticonceptivos	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X(1)	X	X	X	
Médico/a calificado/a en provisión de anticoncepción incluido AQV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X(1)	X(1)	X	X	X
Médico/a general no calificado/a en AQV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X(2)	X			X	X	X
Obstetriz/Obstetra.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X(2)	X			X	X	X
Enfermera/o entrenada/o en provisión de anticonceptivos.	X	X	X	X	X	X(3)	X(3)	X(3)							X	
Técnico/a de enfermería entrenado/a en provisión de anticonceptivos.	X	X	X	X	X	X (3)	X (3)								X	
Promotor/a de salud capacitado/a en provisión de anticonceptivos.	X	X	X	X	X	X (3)									X	

(1) Si se ha calificado de acuerdo a la Norma de Calificación para Médicos/ as en AQV (RM No 440-98-SA/DM).

(2) Siempre y cuando este calificado para ello.

(3) Proveerá el insumo e identificará signos de alerta. La prescripción la debe realizar el/ la profesional autorizado/a.

C. ESPACIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los espacios para la prestación intramural en consultorios, hospitalización e internamiento deben procurar lo siguiente:

- Que brinde privacidad
- El área donde se realice el examen físico debe estar separada (mediante biombo, cortina o tabique) visualmente del resto del ambiente.
- Este ambiente debe estar acondicionado para facilitar la presencia de la pareja durante la atención.
- Mobiliario para archivos de registros y de material informativo.



Los espacios para la prestación pueden ser:

I. INTRAMURAL:

- a. **CONSULTORIOS:** Orientación, consejería, provisión de métodos temporales y atención integral de salud reproductiva.
- b. **HOSPITALIZACIÓN O INTERNAMIENTO:** Orientación, consejería, provisión de métodos temporales y definitivos (en establecimientos calificados) y atención integral de salud reproductiva.
- c. **PUNTO DE ENTREGA DE SERVICIOS (PES) PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA- CENTRO QUIRÚRGICO: PROCESO DE CALIFICACION**

Todos los establecimientos donde se realice anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) femenina deberán estar calificados para garantizar niveles de seguridad y calidad para el desarrollo de estas actividades.

Para procedimientos de AQV masculina, no es necesario tener ambientes que cumplan requisitos esenciales de una sala de operaciones, razón por la cual no será necesario un proceso de calificación específico.¹

El proceso de calificación evalúa las condiciones en los servicios, que garanticen seguridad y calidad. Los procesos de calificación de AQV estarán a cargo de cada nivel según corresponda:

- Nivel Nacional, a cargo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Niveles Regional a cargo de las Direcciones Regionales de Salud.

Para el logro de los fines que persigue la calificación, los niveles correspondientes asumirán las siguientes responsabilidades y organización funcional:

1. Comité Nacional de Calificación

En el Nivel Central del Ministerio de Salud se establecerá un Comité Nacional de Calificación para AQV.

Responsabilidades:

- Normar los procesos de calificación.
- Supervisar y monitorear los procesos de calificación desarrollados en los niveles Regionales.
- Realizar anualmente una evaluación integral de los procesos, a fin que se efectúen los correctivos que fueran necesarios.

Integrantes:

- Dirección General de Salud de las Personas representado por el/la Coordinador/a Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, quien lo preside;
- Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud
- Dirección Ejecutiva de Calidad
- Representante del Colegio Médico del Perú.
- Integrarán también el Comité, con carácter consultivo:
 - Un Representante de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; y
 - Un Representante de la Sociedad Peruana de Urología.

2. Comité Regional de Calificación

El Comité Regional de calificación de las Direcciones Regionales de Salud será el responsable de dicho proceso y tendrá las siguientes responsabilidades:

- Visitar cada establecimiento preseleccionado y evaluar cada uno de ellos.
- Emitir las constancias de calificación.

Referencia: Pautas para la Gestión de Programas de Vasectomía. OPS-OMS. Ginebra, Suiza, 1988

- Evaluar la renovación o suspensión de la calificación.

Cada equipo evaluador estará conformado por:

- Dirección de Salud, representado por el/la directora/a de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, quién lo presidirá.
- El/la responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Salud.
- El/la Jefe/a de Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de mayor nivel de complejidad de la Dirección de Salud, o su representante.

3. Sujetos de Calificación:

Nivel I

- Centros de Salud con internamiento (que cuenten con sala de operaciones, recursos humanos calificados y hospitalización).

Nivel II:

- Hospital I.
- Hospital II.

Nivel III:

- Hospital III.
- Instituto Especializado.

4. Proceso de Calificación

Deberán someterse al proceso de calificación todos los PES del Ministerio de Salud, donde se proyecte realizar actividades de AQV femenina, propuestos por las Direcciones de Salud Departamentales. Las áreas a evaluar en los establecimientos son:

a. Infraestructura física y Equipamiento

- Áreas o ambientes.²
- Equipos e instrumental quirúrgicos.
- Insumos.

b. Aspectos Administrativos

- Recursos Humanos.
- Aspectos Normativos.
- Sistemas Gerenciales.

c. Metodología de Calificación de los PES

Los establecimientos de salud serán calificados mediante evaluación in situ. Para el proceso de calificación se utilizará la Guía de Calificación (Anexo 1). Para cada uno de los componentes a evaluar se han definido requisitos de calificación, los que varían según el nivel del establecimiento.

- Cero (0): Cuando el requisito no se cumple.

- Uno (1), Dos (2) o Tres (3): Cuando el requisito se cumple. De acuerdo con su importancia el puntaje varía de 1 a 3.

d. Valoración del Puntaje

Se obtiene de la suma total de la puntuación, según el nivel de complejidad del establecimiento que se está evaluando. Se podrán obtener 3 resultados posibles:

- Aprobado: La puntuación alcanzada es igual o mayor que 90%. Este establecimiento califica para AQV femenina.
- En observación: La puntuación alcanzada, está entre el 75% y el 89%. Recibirá recomendaciones de los componentes a corregir, y podrá solicitar ser reevaluado en un plazo máximo de tres meses.
- Desaprobado: La puntuación alcanzada es menor de 75%. Este establecimiento no califica. Puede pedir nueva reevaluación en seis meses.

Los espacios físicos pueden ser compartidos, si sus funciones son compatibles y sus actividades no coinciden. Los acabados deben estar en buen estado de conservación e higiene.



El proceso de calificación dará como resultado la aprobación del PES y el otorgamiento de la constancia de calificación al establecimiento o las recomendaciones que debe cumplir para ser calificado.

e. Vigencia

La certificación tendrá una validez de tres años.

A todos los requisitos normados en la calificación se establece que, durante los procedimientos de AQV femenina con anestesia local, regional o general deberá estar disponible en el establecimiento un médico anestesiólogo o médico entrenado en anestesia.

II. EXTRAMURAL:

Las actividades extramurales están destinadas a satisfacer la demanda existente en zonas de difícil acceso geográfico; incluyen información, orientación, consejería y provisión de servicios de Salud reproductiva y de métodos anticonceptivos temporales, así como el seguimiento de las usuarias que lo necesitan, comprenden actividades de:

- Planificación Familiar.
- Salud Materna y Perinatal.
- Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.
- Prevención de Violencia Familiar y violencia basada en género.
- Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.
- Otros de acuerdo a las necesidades de la población y la disposición de recursos.

Las acciones extramurales se desarrollaran en el ámbito de la comunidad a través de: actividades promocionales, educativas, jornadas de atención integral y visitas domiciliarias de atención y seguimiento.

D. *Líneas de Acción en Planificación Familiar*

1. PROMOCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Fortalecer la promoción permanente de los servicios de planificación familiar, que ofrezcan una gama de métodos de planificación familiar en el marco del ejercicio responsable e informado de los derechos de los hombres y mujeres sobre su sexualidad y su reproducción. Así como propiciar la participación activa de los hombres en las decisiones y prácticas relacionadas con la planificación familiar.

- Las actividades se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de medios masivos.
- Los mensajes tendrán el siguiente marco de referencia:
 - Respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios, en sus Derechos sexuales y reproductivos.
 - Enfoque de género, dirigido a enfrentar los estereotipos socioculturales entre mujeres y hombres que contribuyen a la inequidad, la violencia familiar y falta de comunicación y armonía en la vida de las personas.
 - Valores culturales de la audiencia.
- El contenido de los mensajes será:
 - Sexualidad y salud reproductiva, desde los puntos de vista biológico, psicológico y sociocultural.
 - Factores de riesgo relacionados a la Salud Reproductiva en las diferentes etapas o periodos de la vida. Responsabilidad de las personas en el auto reconocimiento de los factores de riesgo así como del auto cuidado y acciones de vida saludables.
 - La amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
 - Prevención de cáncer de cuello uterino y mama.
 - Prevención de las ITS, VIH/SIDA.



- Prevención de la violencia basada en género.
- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Derechos reproductivos.
- Mensajes diferenciados para adolescentes.

2. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA EN PLANIFICACION FAMILIAR

Con el objetivo de tomar decisiones para mejorar la calidad de atención y nuestros indicadores de salud, se recolectará información a través del sistema único de información dispuesto por la Oficina de estadística e informática, que actualmente es el HIS, también podrá hacerse uso de los siguientes formularios de registros:

- Fichas de personas usuarias (para el establecimiento).
- Tarjeta de citas (para la/el usuaria/o).
- Formato HIS (Ver anexo: Códigos de Registro de Planificación Familiar).
- Formatos SIS 240 diario y consolidado mensual.
- Fichas de seguimiento de usuarias.
- Libro de sala de operaciones y egresos hospitalarios de usuarios de AQV.

- La persona que brinda la atención es la responsable del llenado y codificación del HIS y SIS 240 diario.
- El personal de estadística, revisará la información registrada y su codificación antes de ingresarla al software del HIS.
- La información consolidada del mes vencido será revisada y coordinada con el/la responsable de SSR del establecimiento antes de ser enviada a los puntos de digitación para consolidación y estas a su vez, la enviarán a las Direcciones Regionales de Salud en las fechas correspondientes.
- Los establecimientos de salud que cuenten con promotores comunitarios que realicen actividades de promoción y prevención, recolectarán la información de los servicios que presten y la analizarán y utilizarán para los siguientes fines: evaluar calidad y cobertura de atención de la población a cargo de los promotores.

3. SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

Conjunto de actividades, enmarcadas en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos – SISMED, que se realizan para garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos en la prestación de una atención de Planificación Familiar, en los establecimientos de salud.

Este sistema de suministro tiene como objetivo asegurar la disponibilidad de anticonceptivos en las cantidades, condiciones, lugar y tiempos adecuados y costos razonables para la prestación de la atención en planificación familiar.

Las funciones generales en el suministro de medicamentos e insumos de Planificación familiar, según niveles, se detalla en el cuadro adjunto:

PROCESO	NIVEL CENTRAL	DIRESA
Selección	Seleccionar los medicamentos e insumos de acuerdo a las Guías de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y al Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.	-----
Programación	Elaborar requerimiento anual de acuerdo a las solicitudes de las DIRESAS	Elaborar requerimiento anual de acuerdo a metas de cobertura programadas y existencias físicas.

Adquisición	Según Proceso. Evaluando Costo Efectividad.	
Almacenamiento	En el almacén central del MINSA, garantizar las buenas prácticas de almacenamiento.	En los almacenes especializados de medicamentos de las DIRESAs, garantizar las buenas prácticas de almacenamiento.
Distribución	Establecer el flujo de distribución del almacén central a los almacenes especializados, sub almacenes y otros puntos de distribución establecidos por las DIRESAs a nivel Nacional – Utilizando PECOSAS.	Establecer el flujo de distribución de los almacenes especializados, sub almacenes y otros puntos de distribución a los establecimientos de salud – Utilizando Guía de Remisión.
Uso	Actualización y revisión de las normas técnicas utilizadas.	En los Establecimientos de Salud de acuerdo a Norma vigente de entrega de Insumos de Planificación Familiar.

Para una adecuada gestión de las existencias en el sistema de suministro se tendrá que llevar a cabo las siguientes actividades:

EN LA DIRESA/DISA:

- A través de la Dirección Ejecutiva de Medicamentos en coordinación con la (el) responsable de la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva realizarán el requerimiento Trimestral de Medicamentos e Insumos anticonceptivos, el mismo que será enviado a la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del MINSA, en los plazos establecidos.
- El Requerimiento, se efectuará utilizando el método de consumos históricos (Consumo Promedio Mensual), considerando los consumos históricos de un año y un nivel máximo de abastecimiento de 4 meses, en el almacén especializado y establecimientos de salud.
- Los medicamentos e Insumos Anticonceptivos serán recepcionados en el Almacén Especializado de Medicamentos de la DIRESA y almacenes de los puntos de distribución, para el posterior abastecimiento de los establecimientos de salud según cuadros de distribución realizados por la DIMID en coordinación con la (el) responsable de la ESNSR.

EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

- El responsable de farmacia coordinará con el responsable de la ESSSR, todas las actividades relacionadas con el manejo y movimiento de insumos anticonceptivos.
- El responsable de farmacia asignará al consultorio de planificación familiar, una cantidad de anticonceptivos suficiente para la atención de las usuarias, en forma diaria o por un periodo máximo de una semana de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud. Puede haber una provisión extraordinaria en caso de realizarse una Jornada o actividad masiva de salud con entrega de insumos anticonceptivos.
- La entrega de medicamentos o anticonceptivos a las usuarias se realizará en el consultorio de Planificación Familiar, previa prescripción de la Receta Única Estandarizada, la misma que deberá ser firmada por la usuaria al recibir el medicamento o insumo anticonceptivo.
- Para el abastecimiento del medicamento o insumos anticonceptivos al consultorio de Planificación Familiar, el responsable de farmacia, entregará las cantidades de acuerdo al consumo máximo utilizable en el periodo establecido anteriormente.
- Para el reabastecimiento del medicamento o insumo anticonceptivo el/la responsable del consultorio de planificación familiar, dará cuenta de los insumos utilizados, en el tiempo establecido, con la entrega de las recetas debidamente registradas y firmadas por las usuarias, quedando constancia del abastecimiento y reabastecimiento con la firma de



ambas/os responsables. En caso de una provisión extraordinaria por actividad masiva, el responsable de planificación familiar dará cuenta de la salida de insumos a mas tardar al día siguiente útil de realizarse la actividad.

- La información de ingresos y consumos debe ser registrada adecuadamente en la Tarjeta de Control Visible (TCV).
- La Dispensación de los medicamentos e insumos anticonceptivos se realizará de acuerdo al sistema PEPE (Primero en Expirar – Primero en Entregar).
- La información de consumo mensual debe ser presentada en el Informe de consumo Integrado de Medicamentos – ICI – con carácter de declaración jurada y cuya responsabilidad recae en el responsable de farmacia del establecimiento de salud. Los Saldos informados en este informe deben coincidir con los saldos existentes físicamente tanto en el servicio de farmacia como en el consultorio de planificación familiar. Este informe debe ser de conocimiento y aprobación del responsable de la estrategia de SSR.
- El responsable de farmacia, realizará el Control de Existencias Máximas y Mínimas, de acuerdo a los criterios que se detallan en el siguiente cuadro:

Nivel de Distribución		Nivel Mínimo	Nivel Máximo	Periodo de Reabastecimiento
1er	Almacén Central Lima	6 meses de CPM	12 meses de CPM	Anual
2do	Almacén o Sub almacén de la Dirección de Salud	2 meses de CPM	4 meses de CPM	Trimestral
3er.	Establecimiento de Salud	2 meses de CPM	4 meses de CPM	Mensual o bimensual

CPM: Consumo Promedio Mensual =
$$\frac{\text{Consumo Acumulado de últimos 12 meses}}{12}$$

- El responsable de farmacia, en coordinación con el responsable de salud sexual y reproductiva realizará la solicitud de Requerimiento al nivel correspondiente, considerando el nivel máximo de abastecimiento, en los plazos establecidos por la DIRESA, de acuerdo al siguiente cálculo:

$$\text{Cantidad Máxima Requerida} = 4 \times \text{CPM} - \text{Stock Existente}$$

- El requerimiento calculado deberá ser registrado en el Formato de Requerimiento Estándar de Medicamentos (FER-M) para ser enviado al nivel correspondiente.
- El responsable de farmacia, conjuntamente con el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento, realizarán semestralmente el Inventario Físico de Existencias, de acuerdo a las pautas señaladas por la DIRESA.
- El responsable de farmacia debe conservar en el servicio de farmacia la documentación correspondiente, el mismo que consta de: Tarjetas de Control Visible, Informe de Consumo Integrado Mensuales (ICI), Receta Única Estandarizada, Notas de Devolución, Copia de los Formatos de Requerimiento, Guías de Remisión, etc.
- El responsable de la estrategia de salud sexual y reproductiva debe conservar en el consultorio de planificación familiar los registros correspondientes que sustenten la entrega de insumos anticonceptivos a los usuarios.

4. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los equipos de salud, en especial los del primer y segundo nivel deberá fortalecer servicios integrales de salud reproductiva que incluya: planificación familiar, salud materna y perinatal, prevención del cáncer ginecológico, prevención de ITS y VIH-SIDA, educación sexual, prevención de violencia familiar y otros de acuerdo a las necesidades de la población y la disposición de recursos. Asimismo, la atención integral en salud sexual y reproductiva comprende la oferta de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y manejo o referencia a las usuarias desde el primer nivel de la atención hasta un centro especializado si lo requiere el caso.

5. SEGUIMIENTO

El seguimiento a los/las usuarios/usuarias de métodos de planificación familiar es determinante en el logro de los objetivos trazados, basados en los derechos, dignidad, equidad de género e interculturalidad que debe estar presente en todas las acciones que se realizan para el seguimiento.

Dicho seguimiento se realizará según la caracterización de las/los usuarias/os y se establecerá un cronograma de atenciones para su respectiva cita.

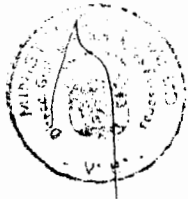


VI. COMPONENTE TÉCNICO

A. Disposiciones para la Atención en los Servicios de Planificación Familiar

1. DISPOSICIONES GENERALES:

- a) Se asegurará la libre elección y acceso informado de la persona en la opción anticonceptiva que quieran tomar. Bajo ninguna circunstancia se aplicará algún método sea temporal o definitivo sin su consentimiento libre e informado.
- b) Para optar por un método anticonceptivo, incluso los definitivos, basta la decisión informada y personal de la usuaria o usuario, luego de orientación y consejería adecuada. No es necesaria la autorización de la pareja.
- c) Está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, condición económica o cultural de cualquier índole.
- d) Las personas serán tratadas con dignidad, es decir, con respeto a sus derechos y costumbres. Se respetará la privacidad y confidencialidad.
- e) Se prestará especial atención al respeto de los derechos de las personas iletradas.
- f) Por ningún motivo se ofrecerá o entregará algún bien o servicio que preste el establecimiento, como estímulo para persuadirla/o a usar algún método anticonceptivo, sea éste temporal o definitivo. Tampoco se retendrá o negará algún bien o servicio que preste el establecimiento como forma de disuasión, persuasión o presión para el uso de métodos anticonceptivos.
- g) Está prohibido inducir la aceptación de cualquier método anticonceptivo, valiéndose de engaños u ocultando información así como toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre las personas, sus familiares o su representante legal.
- h) Ninguna autoridad, en ningún nivel administrativo o de servicio dispondrá de metas obligatorias o cuotas de personas o métodos anticonceptivos en los establecimientos o por el personal de salud. Tampoco se dispondrán incentivos, gratificaciones o sanciones relacionados al número de personas usuarias/os de métodos anticonceptivos.
- i) El aborto no es considerado un método de Planificación Familiar.
- j) La atención y provisión de información y/o de insumos de métodos anticonceptivos son gratuitas en las instituciones del sector público.
- k) Toda persona puede asistir cuantas veces considere necesario a los servicios públicos de planificación familiar para atención de control, aclarar dudas asociadas al método y cambio o cese de opción anticonceptiva. Estas consultas son gratuitas.
- l) En los casos comprobados de incapacidad mental, certificada por médico/a psiquiatra, su representante legal o tutor podrá solicitar el uso de métodos anticonceptivos para la persona incapacitada que representa. La elección del método anticonceptivo será tomada por este último.
- m) Para los casos de personas con incapacidad mental, las condiciones a considerar para la realización de AQV, la determinará una junta médica conformada por tres médicos con por lo menos un médico Psiquiatra y con el consentimiento del familiar más cercano, o del tutor legal, quienes firmarán la solicitud de intervención. El familiar o tutor se responsabilizará de llevar a la persona usuaria al establecimiento de salud para los controles y seguimiento post-quirúrgico.
- n) Los establecimientos deben adecuar sus horarios de atención a las necesidades de la población, aunque estos no sean necesariamente los horarios regulares.
- o) Los establecimientos deben buscar estrategias para atender las necesidades de su población de varones, adolescentes, población migrante e indígena, previos estudios antropológicos o de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.



p) La población adolescente, en riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS, deberá recibir información completa en el área de salud reproductiva debiendo adecuarse los ambientes y horarios para la atención de los mismos.

q) Los servicios de Planificación Familiar podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que los soliciten, o que sean referidos en las siguientes circunstancias, siempre y cuando hayan recibido orientación/consejería:

- Presentar riesgo de embarazo no deseado.
- Presentar riesgo de contraer una ITS o VIH-SIDA.
- Ser sexualmente activa/o.
- Antecedente de embarazo.
- Haber sido víctima de violencia sexual.

r) Toda complicación, atribuible y comprobada, debida al uso de un método anticonceptivo provisto por los establecimientos del Ministerio de Salud, deberá ser reportada apenas sea detectada, al/la responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, quien informará a la Dirección de Salud, para tomar las medidas necesarias y proveer los recursos y facilidades para el manejo de la complicación.

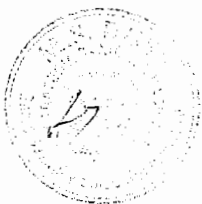
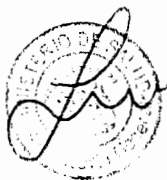
s) Se investigarán todas las defunciones y problemas médicos graves atribuibles directamente al uso de métodos anticonceptivos para determinar causas inmediatas y subyacentes. En los casos de muerte se harán las coordinaciones necesarias para la realización de la necropsia, dejando constancia de ello en la historia clínica. La autoridad de salud del nivel departamental informará sobre los hechos de inmediato al nivel central, con la documentación pertinente.

t) Las historias clínicas, prescripciones, indicaciones escritas, registros y reportes e informes deben ser hechos con letra clara y legible y debidamente firmados y sellados (con número de registro profesional) por los responsables.

u) En el caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, se establece que el Plazo de Reflexión, no será menor de 72 horas (verificado mediante las fechas de las dos firmas que deben consignarse en los formatos de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para AQV). Dicho plazo rige desde la toma de decisión informada, posterior a las sesiones de orientación/consejería y la intervención misma. Este plazo garantizará la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección.

v) Si la persona usuaria decide optar por la anticoncepción quirúrgica voluntaria:

- ♦ Debe ser informada que la AQV es un procedimiento electivo, bajo ninguna circunstancia puede ser considerado procedimiento de emergencia.
- ♦ Debe cumplirse el Plazo de Reflexión, el cual no será menor de 72 horas.
- ♦ El documento de Consentimiento Informado y Solicitud de intervención para AQV debe ser llenado por duplicado, debiendo entregarse la copia a la persona usuaria/o y el original quedará en la Historia Clínica.
- ♦ El documento de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para AQV debe ser firmado por las siguientes personas:
 - Persona usuaria/o (Firma y huella digital). En caso de que la persona usuaria/o sea invidente o analfabeta, solo deberá colocar su huella digital.
 - Testigo (firma y huella digital), en caso de que la persona usuaria/o sea analfabeto o invidente. El testigo bajo ninguna circunstancia será personal del establecimiento de salud.
 - Profesional que brindó la orientación/consejería (firma y sello con número de registro profesional si corresponde).
 - Médico/a que realiza la intervención, (firma y sello con número de registro del Colegio Médico del Perú).
- ♦ Debe garantizarse que la persona usuaria, para tomar una decisión informada, debe conocer y comprender lo siguiente:
 - Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para la persona usuaria y su pareja.



- Tiene la libertad de elegir entre los métodos temporales y el permanente.
- Después de la decisión informada, la persona usuaria puede desistir de la intervención en cualquier momento antes de practicar el procedimiento.
- El/la usuario/a deberá traer la solicitud de intervención firmada, el día de la intervención quirúrgica donde ratificará su libre elección de AQV a través de su firma. Bajo ningún motivo o circunstancia se intervendrá a una persona usuaria sin la respectiva solicitud de intervención.
- Se realizará una intervención quirúrgica en la persona y como todo procedimiento tiene beneficios y riesgos (falla de método y complicaciones).
- La persona usuaria no podrá tener más hijos, terminará la fertilidad.
- El efecto del procedimiento es permanente.
- El procedimiento puede fallar y puede producirse un embarazo.
- Luego de la intervención la persona usuaria tiene que observar un periodo mínimo de reposo relativo (sin esfuerzo físico) de 7 días en AQV femenino y de 5 días en AQV masculino.
- La persona usuaria requiere de dos visitas al servicio de salud para verificar su estado postoperatorio.



2. ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS

Las actividades en los servicios, estarán en función a las líneas de acción antes mencionadas; dichas actividades se detallan a continuación:



a) Promoción

Difusión

- Los establecimientos deben buscar estrategias para promover actividades de salud reproductiva dentro del marco de la atención integral.
- Los establecimientos deben promover y difundir las actividades que contribuyan a disminuir la demanda insatisfecha de salud reproductiva de los varones, adolescentes, población migrante y nativa.



Información, Educación y Comunicación (IEC)

- El personal de los establecimientos realizarán acciones de IEC a la comunidad, mediante charlas, participación en los medios de comunicación masiva y otras acciones de información grupal que favorezcan las acciones de promoción y prevención para una sexualidad responsable.

Orientación/Consejería general

- Técnica educativa individual o de pareja orientada a aspectos de promoción de la salud reproductiva y planificación familiar.
- La consejería en planificación familiar es el proceso de ayudar a la/el usuaria(o) a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fecundidad. Cuando las/los usuarias/os toman sus propias decisiones acerca de su fecundidad, basadas en una información completa y fidedigna, es más probable que su elección sea la mas adecuada y que este satisfecha /o.
- La consejería debe brindarse a toda persona interesada en espaciar o limitar su fecundidad. En caso de que la persona usuaria opte por algún método, desde la primera consulta, excepto AQV, éste podrá ser prescrito, luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con el/la proveedor/a capacitado/a para ello.



- Se debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a la persona usuaria para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:
 - Características de los métodos femeninos y masculinos: mecanismos de acción, eficacia anticonceptiva, beneficios y posibles limitaciones o efectos colaterales y signos de alarma.
 - Lineamientos generales para la prescripción.
 - Indicaciones.
 - Forma de administración y uso.
- Se debe hacer énfasis en la relación entre las características de los métodos y los deseos de las personas usuaria y/o de la pareja. Se debe poner especial atención en la seguridad, eficacia y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos así como de sus características: indicaciones, beneficios y/o limitaciones, necesidades de seguimiento, signos de alarma y otros.
- A la usuaria /o nueva/o se debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos con que cuenta el servicio.
- El proveedor/a debe tener en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento informado de la persona usuaria debe ser respetada y bajo ninguna circunstancia se debe inducir la aceptación de algún método anticonceptivo.
- Para confirmar el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en las/os usuarias/os continuadoras/res se debe verificar el conocimiento del mismo (uso y características) y de ser necesario se deberá reforzar dichos conocimientos con el fin de esclarecer dudas.
- Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes grupos e individuos:
 - Usuarías que soliciten métodos de anticoncepción definitivos.
 - Usuarías que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
 - Mujeres que se encuentren en el período post parto y post aborto.
 - Personas analfabetas, con el fin de garantizar una toma de decisión informada.
 - Víctimas de violencia sexual.
 - Personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA).
 - Adolescentes.
- Para facilitar la atención en orientación/consejería, se seguirá el Modelo de los Cinco Pasos. Estos son:
 - Establecer la relación cordial.
 - Identificar necesidades de la/ el usuaria/o.
 - Responder a las necesidades de las /os usuarias/os.
 - Verificar la comprensión.
 - Mantener la relación cordial y asegurar seguimiento.

Orientación/ consejería para anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

La AQV es un método anticonceptivo permanente que requiere de una consejería/ orientación especial; por tanto, quienes opten por este método deben tener un mínimo de dos sesiones de consejería / orientación de acuerdo a lo que a continuación se establece:

- **Orientación/consejería general:** Es la sesión de orientación que se ha descrito anteriormente y comprende la orientación sobre todos los métodos anticonceptivos. Si durante esta sesión la persona desea la AQV como opción, se le brindará una segunda sesión.

- **Orientación / Consejería específica para AQV:** que tratará aspectos relacionados a la AQV como características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, falla (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgos de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y post operatorio y citas para control. Terminada esta sesión se le podrá proporcionar un método anticonceptivo temporal que apoye su decisión hasta que se realice la intervención. Asimismo el proveedor deberá identificar factores de riesgo de arrepentimiento (edad, sexo de los hijos, situación económica, relación de pareja, entre otros).

Al término de la sesión específica para AQV la persona usuaria que persiste en su decisión, recibirá el formato de Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para AQV, el cual se le leerá analizándolo detenidamente y verificando su comprensión en cada uno de los puntos. Si lo deseara podrá firmarlo.

La persona usuaria deberá ser informada que cuenta con un período de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión, así como que puede desistir de esta opción en cualquier momento o elegir otra opción anticonceptiva.

Una vez que ha firmado el Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención, se le entregará una copia y el original quedará en la Historia Clínica.

Al término de la sesión, y en forma obligatoria se proporcionará a la persona usuaria un folleto que contenga la información sobre la intervención y los cuidados pre y post operatorios.

b) Prevención del Cáncer Ginecológico

En la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama se deben tener las siguientes consideraciones:

- **Prevención Primaria:**
Se realizarán principalmente actividades de promoción y prevención para prevenir el cáncer de cuello uterino y mama al grupo poblacional en edad reproductiva, de 15 a 49 años.
- **Prevención Secundaria del Cáncer de cuello uterino**
Contempla actividades de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre malignas del cuello uterino en las mujeres con vida sexual activa comprendidas en el grupo etáreo de 30 a 49 años.
Se deberá tomar PAP periódicamente.
- **Prevención Secundaria del Cáncer de Mama**
Para la detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de mamas, el grupo prioritario está constituido por las mujeres mayores de 30 años con énfasis en mujeres nulíparas y/o con antecedentes familiares de cáncer de mama.

c) Evaluación clínica y selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

c.1) Evaluación clínica de la persona usuaria

El proveedor de salud realizara una evaluación integral de la persona, enfatizando el descarte del embarazo y búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de cualquier método.

De acuerdo al nivel de complejidad o calificación del establecimiento, se derivará a la persona usuaria a otro nivel de atención dentro de la red de servicios cuando no exista capacidad resolutive de proporcionar el método elegido, en los casos de AQV en

establecimientos no calificados, o la imposibilidad de colocar DIU por no contar con personal capacitado para ello.

La evaluación clínica de la persona que acude al servicio de planificación familiar comprende:

- Asegurar que ha recibido orientación /consejería en Salud Reproductiva.
- Elaboración de la Historia Clínica completa: en especial: Nombre, edad, lugar de residencia, grado de instrucción, menarquia, fecha de última regla, gravidez, paridad, fecha del último parto número de hijos, uso actual de métodos anticonceptivos, y antecedentes patológicos.
- Confirmar el motivo de la consulta.
- Indagar sobre la historia sexual con mucha precaución: Edad de primera relación sexual, última relación sexual, presencia de signos sospechosos de ITS en la pareja sexual, número de parejas sexuales de la usuaria y pareja, duchas vaginales, tipo de relaciones sexuales.
- Descartar presencia de violencia familiar. Sospechar si la persona usuaria presenta:
 - Evidencia de ansiedad sobre lo que opina la pareja, refiere cambios de conducta: evitar reuniones sociales, temor al hablar.
 - Lesiones físicas múltiples, o no existe una coherencia entre las lesiones y el relato.
 - Refiere maltrato o violencia.
 - Refiere dolor o rechazo a mantener relaciones sexuales.
 - Ante la presencia de cualquiera de estos hallazgos proceder de acuerdo a las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Indagar si ha tenido evaluación para detección de cáncer de cuello uterino o de mama.
- Evaluar posibilidad de embarazo (si corresponde). Existen criterios para estar razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada:
 - No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación.
 - Está utilizando en forma correcta un método anticonceptivo.
 - Se encuentra dentro de los primeros siete días desde el inicio de la menstruación. (días uno a siete).
 - Se encuentra dentro de las cuatro semanas del post parto (para mujeres que no estén dando de lactar).
 - Está con lactancia exclusiva (en forma completa), tiene menos de seis meses posteriores al parto y no ha presentado sangrado menstrual.
 - Se encuentra dentro de los primeros siete días post aborto.
- Indagar sobre antecedentes patológicos: Alergia a alguna medicina, averiguar patologías para luego evaluar contraindicaciones del método anticonceptivo seleccionado.
- Evaluar Riesgo Reproductivo, con los siguientes criterios:
 - Ser adolescente.
 - Mujer mayor de 34 años.
 - Promiscuidad.
 - Si es sujeto de violencia familiar.
 - Tener 4 hijos o más.
 - Periodo intergenésico corto.
 - Antecedentes de más de 2 abortos.



- Mala historia obstétrica: Histerotomía, miomectomía, dos o más cesáreas previas.
- Enfermedad mental: psicosis, oligofrenia.
- Enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial severa o complicada, insuficiencia cardíaca, arritmias, prótesis valvular, algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, enfermedad tromboembólica.
- Enfermedad neurológica incapacitante: accidente cerebro vascular reciente o recurrente, mielitis transversa, paraplejía espástica, miastenia gravis, y otras.
- Enfermedad renal: glomerulonefritis, pielonefritis crónica, insuficiencia renal.
- Enfermedad Hepática: insuficiencia hepática, cirrosis.
- Enfermedad pulmonar limitante: bronquitis crónica, enfisema, estado Post-neumonectomía, tuberculosis avanzada, neumoconiosis.
- Diabetes Mellitus.
- Trastornos de la coagulación.
- Portador de ITS, VIH/SIDA.
- Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria u otras infecciones del tracto genital.
- Cualquier cáncer activo o enfermedad neoplásica.

- **Examen Físico:** La evaluación o examen médico no limita el inicio de algunos métodos pero se debe promover la evaluación del médico especialista.

- En el examen general, considerar maltrato si se observa:

Evidencias de hematomas, equimosis, quemaduras, fracturas y otras lesiones que pueden estar en diferentes estadios de evolución, en cualquier parte del cuerpo.

- En los casos de abuso sexual deberá hacerse examen físico completo, registrar los hallazgos detalladamente en la historia clínica (ver "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva" Modulo I Atención Integral de la Salud Reproductiva). Existe la obligación de informar los casos de violación a las autoridades competentes.

- Para personas que han optado por la AQV, se deberá realizar evaluación clínica completa por médico capacitado o certificado (anamnesis y examen físico).

- Dar información sobre el estado de salud: Información clara y concisa sobre los hallazgos encontrados en la evaluación de la persona usuaria.

- **Tratamiento:** en el caso de encontrar síntomas de ITS atender de acuerdo a "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".

Previo consentimiento, proceder a toma de muestra de PAP y examen de mamas.

En los casos en que se detecte violencia familiar, el proveedor de salud: atenderá las lesiones si las hubiera, orientará a la usuaria en las medidas a tomar como plan de emergencia si esto volviera a ocurrir, le informará sobre las alternativas de atención que tiene en el establecimiento o en la red de servicios y hará la transferencia correspondiente, informará de las posibilidades de atención en otras instituciones abarcando el problema de manera integral.



Esquema de Procedimientos para la Evaluación de la/los Usuaras/os

Procedimiento	Abstinencia Periódica	Método Lactancia Amenorrea	Métodos de barrera espermicidas/condón	Inyectables de Progestágenos	Inyectables Combinados	Píldoras Combinadas	Píldoras de solo Progestágenos	Implantes de Progestágenos	Disp. Intrauterino (T de Cobre)	Bloqueo Tubario Bilateral	Vasectomía
Consejería/ Orientación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Anamnesis (identificación de antecedentes patológicos)	C	C	C	A	A	A	A	A	A	A	A
Identificación de lactancia al momento de seleccionar el método.	E	A	E	A	A	A	A	A	E	E	NA
Historia sobre ITS	C	C	C	C	C	C	C	C	A	A	A
Toma de Presión Arterial	C	C	C	B	B	B	B	B	C	B	B
Examen Clínico General	C	C	C	B	B	B	B	B	B	A	A
Examen de Mamas *	C	C	C	C	B	B	C	C	C	C	C
Examen de Abdomen	C	C	C	B	B	B	B	B	A	A	A
Examen pélvico (con espéculo y bimanual para mujeres y genitales externos para el varón)	C	C	C	C	C	C	C	C	A	A	A
Detección de Cáncer de Cervix	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	NA
Detección de ITS mediante pruebas de laboratorio (en personas asintomáticas)	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	C
Pruebas de rutina (colesterol, glucosa, pruebas de función hepáticas).	-	-	E	E	E	E	E	E	E	C	E

Clase A: Esencial y requisito indispensable para el uso seguro del método anticonceptivo.

Clase B: Permiten un mejor juicio médico en ciertas circunstancias, para una mayor seguridad en el uso del método anticonceptivo.

Clase C: Pueden ser apropiados para un cuidado preventivo de la salud, pero no necesariamente esta relacionado a un mejor uso de un método anticonceptivo.

Clase D: El no contar con el resultado de esta prueba, no es indicación para postergar inicio del método.

Clase E: No tiene una relación probada a ninguna acción preventiva de la salud o al uso efectivo y seguro del método anticonceptivo.

NA: No aplicable.

*.- Es aconsejable para una atención integral un examen de mamas, pero no es indispensable para el inicio de una metodología anticonceptiva.

c.2) Selección del método de planificación

Las opciones anticonceptivas con las que cuenta el MINSA son:

- **Temporales :**

- Métodos de abstinencia:
 - Billings o del moco cervical.
 - Del ritmo o de la "Regla".
 - Método de los días fijos o método del collar.
- Método de lactancia amenorrea (MELA).
- Métodos de barrera.
 - Preservativo o condón.

- Hormonales combinados.
 - Píldoras.
- Hormonales de sólo progestágenos.
 - Inyectables de tres meses.
- Dispositivos intrauterinos.
- **Permanentes**
 - Bloqueo tubario bilateral.
 - Vasectomía.
- **Anticoncepción Oral de Emergencia.**
 - Combinados.
 - Solo progestágeno.

c.3) Prescripción del método anticonceptivo

Para la prescripción del método anticonceptivo se debe considerar:

- Características.
- Efectividad.
- Duración.
- Protección anticonceptiva.
- Efectos colaterales.
- Indicaciones sobre el uso.

Todo ello deberá realizarse con información veraz y exhaustiva sobre el método anticonceptivo.

c.4) La aplicación o entrega del Método Anticonceptivo

Para la aplicación o entrega del método anticonceptivo elegido por el o la usuaria debe proveerse en forma reservada en el consultorio o en los diferentes espacios de atención en PF. También se debe registrar apropiadamente en la historia clínica y otros formularios pertinentes (formato HIS, SIS 240).

d) Control y Seguimiento de la Persona Usuaria

- Los establecimientos establecerán coordinaciones con las instancias pertinentes, para el adecuado seguimiento de la persona usuaria de cualquier método anticonceptivo, creando una red de referencia.
- Los establecimientos deben facilitar el flujo ordenado de las personas usuarias del servicio de planificación familiar e integrarlo con otros servicios de salud reproductiva.
- En el primer control se hará énfasis en evaluar la conformidad con el método, averiguar el estado de salud, uso correcto del método y la presencia de efectos secundarios. En los controles sucesivos se suministrará además los insumos anticonceptivos correspondientes.
- En las/os usuarias/os de abstinencia periódica se hará énfasis en averiguar el grado de identificación de los periodos de abstinencia, periodo fértil y su satisfacción con el método.
- En los controles anuales se deberá además evaluar si hay problemas de salud en general y en especial en Salud Reproductiva.
- Si la/el usuaria/o no acude a los controles, deberán realizarse visitas domiciliarias para indagar los motivos de discontinuación de la asistencia al servicio.



Esquema de programación de consultas, controles y entregas de insumos de acuerdo al tipo de anticonceptivo

Método	Duración de la protección	Consultas de seguimientos Primer año	Siguientes años	Cantidad de insumos a entregar Por consulta *	Programática anual	Número de consulta programáticas anual
Condón	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses (*)	Cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Primer año : cien Continuador: veinte	4 por usuaria
Píldoras combinadas	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses (*)	Cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Injectable de sólo progestágenos (Acetato de medroxiprogesterona)	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses (*)	Cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
DIU T de cobre	Uno por diez años	Primer control Entre los treinta y cuarenta días	Una vez al año	Uno cada diez años	Uno por nueva reinserción	2 por usuaria nueva o reinserción
Bloqueo Tubario Bilateral	Definitiva	Primer control a los 7 días, segundo control al mes	Una vez al año	No aplicable	Uno por nueva reinserción	Una por continuadora 3 por nueva
Vasectomía	Definitiva	Primer control a los 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses	Una vez al año	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	uno por continuadora 3 por nuevo uno por continuador
MELA	6 meses	Primer control a los 30 días post parto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
BILLINGS	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 15 días, luego 1 al mes por 4 meses	Una vez al año	No aplicable	No aplicable	6 por nueva y 1 por continuadora
RITMO	2 años en parejas entrenadas	Cada 2 meses por 6 meses	Una vez al año	No aplicable	No aplicable	4 por nueva y 1 por continuadora

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA.- SOLO SE USA EN CASO DE EMERGENCIA (VIOLACION, RELACION SEXUAL SIN PROTECCION).

* No incluye otro tipos de consultas al ESTABLECIMIENTO.



VIII. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A. ABSTINENCIA PERIÓDICA

Abstinencia de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Método del ritmo.
- Método del moco cervical (de Billings).
- Método de los días fijos o método del Collar.

1. MÉTODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO:

Método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

a) Mecanismo de acción

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Para evitar la concepción.

b) Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los periodos de abstinencia pueden ser prolongados.
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas en riesgo.

d) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

e) Forma de uso

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:

- Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo mas corto.
- Para calcular el ultimo día del periodo fértil: reste 11 al ciclo mas largo.
- De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual.

f) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es recomendable que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.



2. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

a) Mecanismo de acción

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.



b) Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.



c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas, y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.



d) Utilice con precaución en:

- Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

e) No lo deben usar:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.



- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

f) Forma de uso:

- Identificar el periodo fértil de acuerdo al método del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.



g) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro). Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días después de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.



3. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DEL COLLAR

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

a) Mecanismo de acción

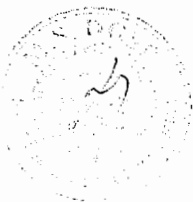
Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción.

b) Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva.
- Apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar



otros métodos.

- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 26 y 32 días.
- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

e) Forma de uso

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
- Se ofrece como ayuda visual el "collar" que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:
 - Una perla roja que representa el primer día de menstruación.
 - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
 - Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
 - Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelos en el calendario.
- Aváncela todos los días, evite las relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón mas oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.

f) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumo en las visitas de seguimiento, salvo caso de pérdida o deterioro del collar.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para evaluar la satisfacción con el método.
- Es recomendable dar citas cada año para una atención integral de salud reproductiva.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.



B. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

a) Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.

b) Tasa de falla

Dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

c) Criterios básicos

La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- 1.- Lactancia exclusiva (a libre demanda, o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
- 2.- Que la usuaria se mantenga en amenorrea.
- 3.- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

d) Características

- Fácil de usar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses; disminuye la exposición del niño o niña a microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.
- No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH - SIDA. HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

e) Limitaciones

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método.
- La madre VIH(+) puede infectar al neonato a través de la lactancia.

f) Contraindicaciones

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH - SIDA.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

g) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días para su control puerperal.



- Posteriormente al cumplir los seis meses de post parto para orientarla en la elección de un método alternativo.
- Reforzar que al momento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA MATERNA

MÉTODO	CUANDO COMENZAR SI ESTÁ DANDO DE LACTAR	EFFECTO SOBRE LA LECHE MATERNA
Métodos de barrera	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente si se desea una máxima protección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Pildoras combinadas	<ul style="list-style-type: none"> • No esta indicado a madres que dan de lactar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Altera la cantidad y calidad de la leche.
Método Hormonal solo de Progestágeno <ul style="list-style-type: none"> • Acetato de Medroxiprogesterona • Pildoras de solo progestágeno • Implantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede usarse desde el puerperio inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los progestágenos pueden aumentar el flujo de leche.
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede insertar el DIU inmediatamente después del parto, o hasta 48 horas. • Evite la inserción entre las 48 hrs. a las 4 semanas después del parto. • Se puede insertar cuidadosamente el DIU después de 4 semanas posterior al parto y aún más tarde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna
Esterilización Tubaria	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta las 48 horas después del parto y a partir de las seis semanas (no se recomienda operar después de las 48 horas y antes de las 6 semanas) por riesgo de infección 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna

Fuente: Trussell J. Kowal D. The essentials of contraception. In: Hatcher RA, et al. Contraceptive Technology 18 th ed. New York: Ardent Media, 2004.

C. MÉTODOS DE BARRERA

1. CONDÓN

Funda delgada de caucho (látex). Lubricada, sin nonoxinol – 9.

a) Mecanismo de Acción

Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

b) Tasa de Falla

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características:

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante).
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH - SIDA y del HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.

d) Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.
- Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
- Descartar los que se encuentren más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD)
- Antes de distribuirlos revise si el sobre mantiene la sensación de "almohadilla de aire".

e) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia o hipersensibilidad al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales.

f) Forma de uso

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo). Ver instrucciones para usuarios de condón en las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez.
- Si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en



contacto con el mismo.

g) Posibles efectos secundarios y su tratamiento

Irritación del pene o la vagina por alergia. El tratamiento será:

- Baños de asiento y aplicarse una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
- Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

h) Programación de seguimiento:

- En la primera visita se entregará 10 condones.
- Es necesario citar al usuario/a al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los condones.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones para tres meses que son entregados en forma gratuita.
- Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para una atención integral en salud reproductiva.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.



2. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9. Este método no lo distribuye el MINSA.

a) Mecanismo de acción

Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

b) Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 26 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
- No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA.



d) Contraindicaciones

- Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.

e) Forma de uso

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- Debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco.

f) Programación de Seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método.
- Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

D. ANTICONCEPTIVOS ORALES

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiún píldoras contienen 30 µg (microgramos) de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso.

a) Mecanismos principales de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

b) Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de Uso.

c) Características

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de

existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).

- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (mas de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.



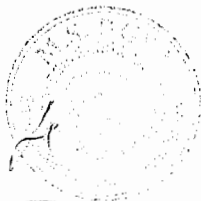
d) Forma de uso

- Toma diaria.
- Inicio del método:
 - Lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
 - La puerpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención. En caso de iniciarse la toma después del quinto día, como la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método alternativo.
- En los siguientes ciclos:
 - Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.



e) Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado

- En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
- Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por privación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
- En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial.



f) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses del post parto.
- Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático).
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Mujeres que estén tomando rifampicina o griseofulvina.
- Mujeres fumadoras (mayor de 10 cigarrillos por día) y tengan más de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o de endometrio.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.

g) Uso según condiciones especiales de los anticonceptivos hormonales combinados

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico (Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva")

h) Posibles efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos hormonales combinados

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea

Evaluación por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

i) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el método, para evaluar el adecuado uso, así como la provisión de los mismos.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada cuatro meses para la entrega de los 4 ciclos que son entregados en forma gratuita.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

2. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTÁGENOS

Son aquellos que poseen sólo progestágeno. El MINSA no los distribuye.

a) Mecanismo de acción

Los principales son:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides
- Supresión de la ovulación.

b) Tasa de falla

Falla teórica es 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año y la falla de uso típico es 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
 - Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
 - En los primeros cinco días post aborto.
- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.

e) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.

- Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe)
- Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico.

f) Manejo según condiciones especiales

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

g) Posibles efectos secundarios

- Cefalea
- Cambios en el apetito, pérdida o aumento de peso

h) Programación De Seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes para evaluar el adecuado uso del método.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento cada año para su examen integral de salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Sangrado abundante.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

E. INYECTABLES

1. INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO

Son aquellos que poseen sólo progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.

a) Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

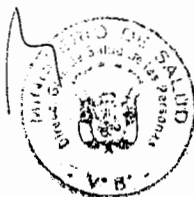
- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- Puede mejorar la anemia.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.



d) Forma de uso

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 2 días.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
 - En los primeros cinco días post aborto.
- Sigüientes dosis:
 - Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.



e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

f) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.



- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2. INYECTABLE COMBINADO

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno.

El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos.

Existen dos composiciones:

- 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

a) Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas de riesgo.

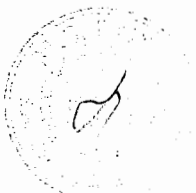
d) Forma de uso

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

- Primera dosis:
 - Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.
 - La puerpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
 - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención.
- Sigüientes dosis:
 - Administrar cada 30 días, mas menos 3 días. Fecha fija mensual.

e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.



- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

f) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.



F. IMPLANTES:

Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aún dependiendo de este método.

La industria farmacéutica tiene dos tipos de implantes:

- Uno que consta de una cápsula no biodegradable que contienen 68 mg de levonorgestrel, el tiempo de duración es de tres años.
- Otro que consta de dos cápsulas no biodegradables que contiene levonorgestrel, con un tiempo de duración de tres años.



a) Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

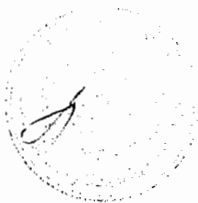


b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- Brinda protección por tres años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.



- Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama.
- Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

Se puede insertar:

- Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
- En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.
- Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico.

f) Manejo según condiciones especiales

En enfermedades crónicas como hipertensión arterial, depresión, hepatopatías deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, sino cambiar de método a no hormonal.

g) Manejo de posibles efectos más frecuentes

Trastornos menstruales, amenorrea, cefalea, aumento de peso.
(Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva").

h) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria a los siete días para examinar el lugar de la inserción y al mes de iniciado el uso, para su evaluación.
- Posteriormente es conveniente que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) Principales Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de cobre)

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón.

d) Forma de uso

Se puede insertar:

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetrix).

e) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).



- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

f) Manejo según condiciones especiales

Dismenorrea severa, estenosis cervical, displasia cervical, anemia, vaginitis, cardiopatía valvular (Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva").

g) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Amenorrea, dismenorrea severa, sangrado vaginal, flujo vaginal anormal, sospecha de EPI, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos (Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva").

h) Programación de seguimiento:

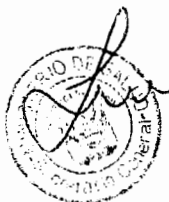


- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Posteriormente cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan levonorgestrel y tiene una duración de 5 años.

El Ministerio de Salud no dispone de este dispositivo intrauterino.



a) Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Cambios en el endometrio.



b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejoran la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos.
- Rápido retorno a la fertilidad.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.



- No previene las ITS, VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso

Se puede insertar:

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado (Médico u obstetriz).

e) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

f) Manejo según condiciones especiales

En las siguientes condiciones se deberá extraer el DIU y solicitar consulta al especialista:

- Migraña o cefalea grave.
- Ictericia.
- Aumento notable de la presión arterial.
- Neoplasia de útero o mama.
- Enfermedad cardiovascular grave.

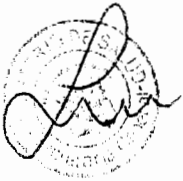
(Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva").

g) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Dismenorrea, trastornos menstruales, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos (Ver "Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva").

h) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Las citas subsiguientes se programaran cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.



H. ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

1. ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

a) Mecanismo de acción

Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anestesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología.
- No previene las ITS, VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.

d) Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea.
 - El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:
 - Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
 - Retroflexión uterina fija.
 - Mujeres obesas.
 - Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
- En estos casos se usará la anestesia epidural o general.

e) Momento de la intervención:

- Post parto hasta las 48 horas.
- Luego de la atención del aborto no complicado.
- De intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación.
- Transcesárea.



f) Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que se requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite el método.
- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometida.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en PES calificado para AQV.
- El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- El procedimiento debe realizarse según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV vigente.

g) Utilícese con precaución en:

- Usuaria joven (menor de 25 años).
- Usuaria sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuaris solteras o viudas.
- Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad.

h) Contraindicaciones

- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuaris que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuaris con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Para identificar otras situaciones para tomar precauciones.

Lista de verificación para bloqueo tubario bilateral

Condiciones	Diferir (*)	Referir (**)	Precaución (***)
Gineco Obstétricas o aspectos quirúrgicos de pared abdominal			
Embarazo	X		
Post parto entre el 7º y 42º días	X		
Complicaciones serias post parto y post aborto (infección o hemorragia)	X		
Sangrado vaginal no diagnosticado que pueda sugerir patología	X		
Enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 3 meses	X		
ITS activa	X		
Cáncer pélvico	X		
Enfermedad trofoblástica maligna	X		
Utero fijo debido a cirugía previa o infección		X	
Endometriosis		X	
Hernia (umbilical o pared abdominal)		X	

Condiciones	Diferir (*)	Referir (**)	Precaución (***)
Gineco Obstétricas o aspectos quirúrgicos de pared abdominal			
Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica después del último embarazo			X
Cáncer de mamas actual			X
Fibromas uterinos			X
Condiciones cardiovasculares			
Enfermedad aguda cardíaca debida a obstrucción de arterias	X		
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar	X		
Presión arterial mayor o igual a 160/110		X	
Enfermedad vascular incluyendo la relacionada a diabetes		X	
Enfermedad vascular complicada		X	
Presión arterial entre 140/90 y 160/100			X
Antecedente de isquemia de miocardio o accidente cerebro vascular			X
Enfermedad valvular cardíaca sin complicaciones			X
Antecedentes de enfermedades crónicas u otras condiciones			
Enfermedad vesicular sintomática	X		
Hepatitis aguda viral	X		
Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor de 7 gr %)	X		
Enfermedad pulmonar aguda (bronquitis o neumonía)	X		
Infecciones sistémicas o gastro enteritis moderada	X		
Infecciones de piel a nivel abdominal	X		
Cirugía abdominal de emergencia o infección abdominal al momento de la esterilización	X		
Enfermedades activas relacionadas a SIDA			X
Cirrosis hepática severa		X	
Diabetes por más de 20 años		X	
Hipertiroidismo		X	
Desórdenes de la coagulación		X	
Enfermedad pulmonar crónica		X	
Tuberculosis pélvica		X	
SIDA sin enfermedades intercurrentes		X	
Epilepsia o toma medicación para convulsiones (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona)			X
Diabetes sin compromiso vascular			X
Cirrosis hepática moderada o tumores hepáticos			X
Anemia ferropénica severa moderada-leve (Hb entre 7 y 10 gr. %)			X
Anemia falciforme			X
Enfermedad renal			X
Hernia diafragmática			X
Desnutrición severa			X
Obesidad			X
Cirugía abdominal electiva al momento de decidir la AQV			X

(*) Postergar la intervención hasta que se resuelva el problema

(**) La intervención debe realizarse en un hospital de mayor capacidad resolutive que cuente con médicos especialistas durante las 24 horas.

(***) Debe realizarse una evaluación más exhaustiva antes del procedimiento

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

j) Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.

k) Programación de seguimiento:

- Las usuarias serán citadas para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Hemorragia en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
 - Mareos o dolor de cabeza.

l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del intestino (raras)	Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplique fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria.
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

II) Otras formas de realizar de esterilización femenina

- Por laparoscopia usando cauterización bipolar, bandas de silastic o clip de Hulka-Clemens.
- Por histeroscopia.

DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N de Historia Clínica : _____

Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.

La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.

Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas)

Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación

La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería

Firma de la Usuaria

Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta o presenta déficit mental o enfermedades psiquiátricas, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I

Huella Digital de el/la
Testigo

Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la Intervención ____/____/____

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital de la usuaria

Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a



2. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

a) Mecanismo de acción

La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia alta y permanente.
- No interfiere con el coito.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia es garantizada después de 3 meses después de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario.
- Se puede solicitar un espermatograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado. Requiere instrumental especial.
- No previene las ITS, VIH – SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: la convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto, y la sin bisturí, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.

e) Contraindicaciones

No existe ninguna contraindicación absoluta pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:

- Hidrocele grande.
- Hernia inguino-escrotal.
- Anemia severa sintomática.
- Cardiopatía sintomática.
- Diabetes mellitus descompensada.
- Trastornos hemorrágicos.
- Infecciones cutáneas en la región inguino-escrotal.
- Infecciones del aparato genital.



f) Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método.
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento)
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos de AQV.

g) Utilícese con precaución en:

- Usuario joven (menor de 25 años).
- Usuario sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarios solteros o viudos.

h) Contraindicaciones

- Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Inflamación severa
 - Equimosis
 - Hematoma
 - Infección de la herida operatoria
 - Granuloma

j) Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 1 hora.
- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Indicarle que deberá guardar reposo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta 20 eyaculaciones o 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del

- condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermatograma.
- Provea de condones al usuario (30 condones).

k) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:

COMPLICACIONES	MANEJO
Inflamación excesiva	Prolongue el uso del soporte (suspensor). Tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 7 días).
Equimosis	Tranquilice al usuario e infórmele que no requiere tratamiento y que se resolverá espontáneamente; si aumenta debe regresar al establecimiento.
Hematoma (escroto)	Mantenga al usuario bajo observación; por lo general, se resuelve espontáneamente en 1 a 3 semanas. Recomiende al usuario el uso de un soporte para el escroto (suspensor), según se requiera. Si es grande, puede ser drenado con el uso simultáneo de antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se sugiere aplicar compresas frías.
Infección de la herida	Recomiende el uso de un soporte para el escroto (suspensor). De haber una infección cutánea, trátela con antibiótico. (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 7 días) De haber un absceso, drénelo y administre antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Haga seguimiento cada 2 días.
Granuloma a nivel de la herida	Aunque es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.

l) Programación de seguimiento:

- Los usuarios serán citados para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor escrotal o perineal severo.
 - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.

DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica _____

Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía.

La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia.

Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes.

Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.

La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique.

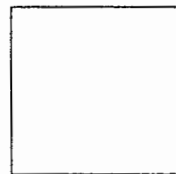
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____

Firma y sello del Personal
que brinda la orientación o consejería

Firma del Usuario

Huella Digital



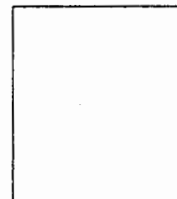
Si el usuario es analfabeto, o presenta déficit mental o enfermedades psiquiátricas un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I: _____

Huella Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención ____/____/____

Yo, _____, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía

_____, con CMP _____, he verificado la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital del usuario

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a



I. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado.

- El Ministerio de Salud distribuye tabletas de levonorgestrel, dos píldoras de 0.75 mg cada una.
- Se puede emplear el método de Yuzpe usando las píldoras de la anticoncepción oral combinada.

a) Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

b) Tasa de eficacia

- Cuando mas temprano sea el empleo mayor probabilidad de eficacia.
- Las de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Las anticonceptivas combinadas (Método de Yuzpe) hasta 75%.

c) Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizó el condón.
- Se le olvido de tomar más de dos de la píldora de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Se expulso la T de cobre.
- Usaron el coito interrumpido.
- Usaron el ritmo y tienen dudas sobre su efectividad.

d) Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo mas rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método

e) Modo de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
 - La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección
 - La segunda y ultima dosis 12 horas después de la primera dosis.
- Métodos mas frecuentemente usados:
 - **Método de sólo progestágeno:**
 - Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.

- Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
 - Norgestrel, 75 ug, dos dosis de 20 píldoras cada una.
- **Método de Yuzpe** o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verificar la cantidad de etinil estradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, de esas se tomarán dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinil estradiol de 30 ug se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una.

f) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.

g) Manejo en Reacciones Secundarias

- Las reacciones secundarias descritas son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas).
- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria vomita la anticoncepción de emergencia antes de las dos horas, hay que indicarle otra dosis.
- Se deberá recomendar a la mujer que asista al establecimiento de salud, para indicarle anticoncepción regular.

h) Programación de Seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria de una violación para que complete su estudio y tratamiento en un centro especializado.
- Se debe orientar a la usuaria que acuda a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Sangrado menstrual escaso, hacer detección de embarazo.
 - Amenorrea .hacer detección de embarazo.
- Recomendar a la usuaria a acudir a un establecimiento de salud, para solicitar un método regular de planificación familiar.



IX. ANEXOS

A. ANEXO 1

Guía de Calificación de PES para AQV Femenino

	Nivel del Establecimiento		
	I - II	III	IV
A. INFRAESTRUCTURA FISICA			
1. ASPECTOS GENERALES			
A-1 Construcción de material noble.	0...1	0...1	0...1
A-2 Servicio de agua potable.	0...1	0...1	0...1
A-3 Servicio de desagüe o pozo séptico.	0...1	0...1	0...1
A-4 Servicio de energía eléctrica (puede ser generado por grupo electrógeno).	0...1	0...1	0...1
A-5 Medios de comunicación radial o telefónico.	0...1	0...1	0...1
A-6 Disponibilidad de medios de transporte ³	0...1	0...1	0...1
A-7 Señalización por lectura y/o símbolos de ambientes y áreas de bioseguridad.	0...1	0...1	0...1
2. AREAS O AMBIENTES			
A-8 Sala de espera y zona de recepción para recibir a los pacientes y sus familiares.	0...1	0...1	0...1
A-9 Servicios higiénicos para pacientes, de ser posible con ducha.	0...1	0...1	0...1
A-10 Ambiente apropiado para la consejería de los pacientes, que garantice privacidad.	0...1	0...1	0...1
A-11 Consultorio para los exámenes médicos pre y postoperatorios debidamente equipado	0...1	0...1	0...1
A-12 Zona de preparación de instrumental con sectores bien definidos para material sucio y limpio.	0...1	0...1	0...1
A-13 Disponibilidad de esterilización apropiada para instrumental y ropa.	0...1	0...1	0...1
3. AREAS QUIRURGICA			
A-14 Zona de lavado quirúrgico para cirujanos.	0...1	0...1	0...1
A-15 Sala de operaciones o de partos estéril y aislada, que cuente con paredes revestidas de mayólica, vinílico, pintura epóxica u otro material resistente a desinfectantes potentes.	0...2	0...2	0...2
A-16 Sala de recuperación o de hospitalización para los pacientes recién operados.	0...2	0...2	0...2
A-17 Definición clara y señalizada de zona No restringida: Sala de espera, consejería y consultorio.	0 1	0 1	0 1
A-18 Definición clara y señalizada de zona semi-restringida ⁴ .	0 1	0 1	0 1
A-19 Definición clara y señalizada de zona Restringida ⁵ .	0...2	0...2	0...2
4. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO			
A-20 Mesa de operaciones: Debe ser ajustable para poder lograr posición de Trendelenburg y contar con pierneras.	0...1	0...1	0...1
A-21 Mesa para instrumental (de Mayo).	0...1	0...1	0...1
A-22 Instrumental quirúrgico para Minilap.	0...1	0...1	0...1
A-23 Instrumental quirúrgico para flebotomía.	0...1	0...1	0...1
A-24 Instrumental para laparotomía.	0...1	0...1	0...1
A-25 Cialítica portátil o fija.	0...1	0...1	0...1
A-26 Camas o camillas de recuperación.	0...1	0...1	0...1
A-27 Aspirador eléctrico de secreciones.	0...1	0...1	0...1
A-28 Balón de oxígeno con manómetro compatible y con carga completa.	0...1	0...1	0...1
A-29 Oxímetro de pulso o monitor.	0...1	0...1	0...1
A-30 Máquina de anestesia.	0...1	0...1	0...1
A-31 Equipo de resucitación (Bolsa Autoinflable de Reanimación, laringoscopio, tubos endotraqueales, cánula de Mayo).	0...1	0...1	0...1
A-32 Equipo de ropa para cirujano, para paciente y para operación.	0...1	0...1	0...1
5. INSUMOS			
A-33 Medicamentos y materiales para un mes de operaciones de BTB.	0...1	0...1	0...1
A-34 Medicamentos para el manejo de complicaciones.	0...1	0...1	0...1
A-35 Stock mínimo de todos los métodos anticonceptivos temporales ⁶	0...1	0...1	0...1

³ El medio de transporte puede ser propiedad del establecimiento, del municipio o de la comunidad. Debe de estar inmediatamente disponible para la referencia de pacientes.

⁴ Personal con ropa especial y botas. Es el área donde se manipula el instrumental limpio y esterilizado, aquí esta ubicado el ambiente donde esperan los pacientes que van a ser intervenidos y de recuperación post operatoria.

⁵ Personal con ropa quirúrgica, con circulación mínima del personal. Es la zona donde se realizan procedimientos quirúrgicos en condiciones estériles.

⁶ Píldoras anticonceptivas, inyectables, preservativos, tabletas vaginales y dispositivos intrauterinos



Nivel del Establecimiento		
I - II	III	IV

B. ADMINISTRACION

1. RECURSOS HUMANOS

B-1 Médico Gineco-Obstetra o Médico cirujano certificado en BTB para minilap con sedo-analgésia.	0...5	0...5	0...5
B-2 Enfermera encargada de sala de operaciones.	0...2	0...2	0...2
B-3 Enfermera encargada de recuperación.	0...2	0...2	0...2
B-4 Profesional capacitado en consejería.	0...2	0...2	0...2
B-5 Técnica de enfermería para central de esterilización.	0...1	0...1	0...1
B-6 Técnica de enfermería para sala de recuperación.	0...1	0...1	0...1
B-7 Auxiliar de limpieza para Sala de Operaciones	0...1	0...1	0...1

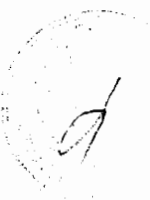
2. ASPECTOS NORMATIVOS

B-8 Utilización historia clínica para AQV y criterios de selección/exclusión.	0...1	0...1	0...1
B-9 Utiliza Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (AQV).	0...1	0...1	0...1
B-10 Utiliza Manual de Consejería.	0...1	0...1	0...1
B-11 Se lleva control y seguimiento documentario durante el acto anestésico.	0...1	0...1	0...1
B-12 Informe quirúrgico del cirujano en libro de SOP y en historia clínica.	0...1	0...1	0...1
B-13 Se cumplen normas de bioseguridad para desinfección y esterilización de instrumental y limpieza del quirófano.	0 1	0 1	0 1
B-14 Se realiza adecuadamente el conteo de gasas e instrumental durante la cirugía.	0 1	0 1	0 1

3. REGISTROS

B-15 Se lleva registro de la tasa de Mortalidad intra y post operatoria.	0 1	0 1	0 1
B-16 Se registra la tasa de complicaciones intra operatorias.	0 1	0 1	0 1
B-17 Se registra la tasa de complicaciones post operatorias.	0 1	0 1	0 1
B-18 Se registra el porcentaje de operaciones suspendidas.	0 1	0 1	0 1
B-19 Se registra las visitas de control y seguimiento post operatorio.	0 1	0 1	0 1
B-20 Se registran casos de falla del método.	0 1	0 1	0 1
B-21 Se cuenta con archivo de las Solicitudes de Intervención para AQV debidamente Llenadas.	0 1	0 1	0 1







C. ANEXO 3 FORMATO MENSUAL DE ACTIVIDADES (SIS 240 M)

MINISTERIO DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
FORMATO MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR

SIS 240

INSTITUCION: _____ RED: _____ Mes: _____
DIRESA / DISA: _____ ESTABLECIMIENTO: _____ Año: _____

Métodos	Total	HORMONAL										BARRERA	Ligadura	Vasec mia	MELA	Abstinencia Periodica		
		ORAL		Inyectable												B	R	COLLAR DIAS FIJOS
Tipo de Usuaris		Combinados		Levonorgestrel										A	A	A		
	A	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	A	A	A	
NUEVAS																		
CONTINUADORAS																		
TOTAL																		

Método												
Grupo Etéreo												
<19												

EMBARAZO POR FALLA-METODO												
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS QUE DEBEN REPORTAR:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COD. CODIFICADOR

	M	N	Z	N	P	D	R	
	E	C	O	C	P	D	R	
		O	O	O	O	O	O	

G. ANEXO 7

DIRECCION DE SALUD ... FORMATO ESTANDAR DE REQUERIMIENTOS DE MEDICAMENTO FER-M

Red / Microred

Nombre del Centro o Puesto de Salud:

Fecha: / /

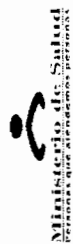
Requerimiento correspondiente al mes de :

	NOMBRE (Denominación común internacional)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	CANTIDAD
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					



H. ANEXO 8 ANALISIS DEL NIVEL DE ABASTECIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS



ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ANÁLISIS DEL NIVEL DE ABASTECIMIENTO DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

DIRECCIÓN DE SALUD:

ALMACÉN ESPECIALIZADO:

FECHA:

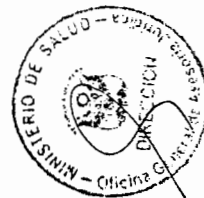
CONSUMO MENSUAL DE ANTICONCEPTIVOS											
ANTICONCEPTIVO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
T de Cobre											
Etillestadio											
Medroxiprogester.											
Levonorgestrel											

CONSUMO ACUMULADO

ANTICONCEPTIVO	STOCK INICIO AÑO	ANTICONCEPTIVOS RECIBIDOS				AJUSTES	TOTAL DISPONIBLE	SALDO ACTUAL	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	ANÁLISIS			OBSERVACIÓN
		1er TRIM	2do TRIM	3ro TRIM	4to TRIM					MED TOTAL	MED DISA/SUB ALMACEN	MED EN ESTAB.	
	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K = I/J	L	M = K-L	N
T de Cobre													
Etillestadio													
Medroxiprogester.													
Levonorgestrel													

Firma de Responsables

B = Stock almacén + stock en establecimientos
G = Salida de anticoncep. de almacén o sub almacén
J = cantidad el promedio de consumo a los 200.
L = considerar sólo stock de almacén especializado o sub almacén
H = suma B + C + D + E + F + G



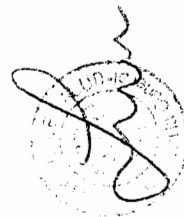
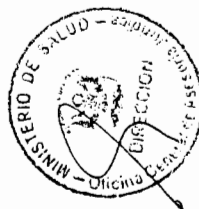
I. ANEXO 9 HOJA DE TRABAJO PARA REQUERIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPTIVO	STOCK	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	MESES DISPONIBLE	NIVEL MÁXIMO ***	CANTIDAD MÁXIMA	CANTIDAD SOLICITAR	ANÁLISIS DE DESABASTECIMIENTO
	A	B	C = A/B	D	E	F	G
T de Cobre							
Etinil estradiol + Levonorgestrel							
Levonorgestrel							
Medroxiprogesterona							
Condon							

Directorio Resp de Medicamentos

Coordinadora de DIRESA/ DISA

*** en DISA = 4 meses; en EE.SS. = 4 meses
 G = Normo estok = 4 meses
 Sub stock < 2 meses
 Sobrestock > 4 meses
 Desabastecido = 0



J. ANEXO 10

FALLA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Fuente: Trussell J. Kowal D. The essentials of contraception. In: Hatcher RA, et al. Contraceptive Technology 18 th ed. New

Método	% de mujeres que experimentan un embarazo no buscado en el primer año de uso		% de mujeres o parejas que todavía están usando el mismo método después de un año de haberlo comenzado
	Uso Típico Falla de uso	Uso perfecto Falla teórica	
Sin anticoncepción	85	85	0
Espermicidas	26	6	42
Abstinencia periódica	25	9	51
Condón sin espermicida			
Femenino (Reality)	21	5	56
Masculino (Latex)	14	3	61
Pastillas			
Sólo progestágeno	5	0.5	68
Combinadas	5	0.1	68
DIU			
T de cobre 380 A	0.8	0.6	78
Levonorgestrel	0.1	0.1	81
Inyección de Acetato de Medroxiprogesterona	0.3	0.3	42
Inyectable combinado			
Implantes	0.05	0.05	88
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.15	100

York: Ardent Media, 2004.

Tasa de Abandono: Porcentaje de usuarios de un determinado método que después de tres meses no acuden a sus citas, (a pesar de haberse realizado 2 esfuerzos para contactarla).



X. GLOSARIO DE TERMINOS

Bioseguridad: Medidas que se realizan para minimizar los riesgos de infección, de las personas usuarias y servidores(as) de salud.

Cantidad máxima: es la cantidad de insumos necesaria para completar el nivel máximo requerido para un almacén. Se obtiene multiplicando el consumo promedio mensual (CPM) por el nivel máximo

Cantidad mínima: es la cantidad de insumos necesaria para completar el nivel mínimo requerido para un almacén. Se obtiene multiplicando el CPM por el nivel mínimo.

Consejería – orientación en planificación familiares el proceso de ayudar al/la usuario/a a tomar decisiones informadas, voluntarias y responsables acerca de su fecundidad y vida reproductiva, basadas en información completa y fidedigna.

Consentimiento Informado: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Consumo: cantidad de productos entregados a los usuarios durante un periodo de tiempo.

Consumo promedio mensual (CPM) promedio de las cantidades consumidas por un establecimiento en un periodo determinado (generalmente 12 meses).

Curador: es la persona, que la ley establece como responsable de guardar o cuidar de los mayores de edad incapaces o incapacitados.

Demanda insatisfecha: número de personas o porcentaje de población que necesitan espaciar o limitar los nacimientos, no utilizan actualmente un método anticonceptivo y debido a cualquier razón no acceden a la información o servicios de planificación familiar

Derechos Reproductivos

Parte de los derechos humanos ya reconocidos e incluyen:

- Derecho de todas las parejas e individuos a decidir en forma libre y responsable el número, espaciamiento y tiempo de nacimiento de sus hijos y de disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo.
- Derecho a alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva y de contar con servicios e información que así lo permitan.
- Derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción sin discriminación, coerción o violencia.

DIRESA: Direcciones de Salud.

Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones de salud.

Edad Fértil: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años.

Equidad de género: procesos o acciones que se realizan para eliminar formas de discriminación en las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

Factor de Riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.



Fecha de Expiración o Fecha de Vencimiento: La fecha determinada por el fabricante, luego de la cual el anticonceptivo o cualquier otro producto no debe ser distribuido o utilizado por los usuarios.

Género: Relaciones entre hombres y mujeres que se generan como resultado de una construcción social basada en las diferencias sexuales.

ITS.- Infecciones de transmisión sexual

Imperito: persona falta de pericia o habilidad.

Inventario, Existencias o Stock: La cantidad de existencias (anticonceptivos, bienes y otros elementos del establecimiento de salud) que se encuentran disponibles (para utilizarse por un establecimiento de salud o programa) en un momento determinado.

Meses de Existencia Disponible (MED): Este término se utiliza para expresar la cantidad de existencias disponible (de un anticonceptivo o artículo específico) en relación con el número de meses que duraría esta cantidad si se distribuye a las tasas (promedio) actuales. Es la cantidad disponible (del anticonceptivo o artículo específico) o stock entre la tasa mensual de consumo promedio de dicho producto.

Mujeres en edad fértil (MEF): mujeres de 15 a 49 años.

Pareja protegida en el año: número de parejas protegidas que usa un método anticonceptivo, durante un año. se calcula, para cada método, dividiendo el número de insumos entregados entre el factor de conversión

METODOS ANTICONCEPTIVOS	FACTOR DE CONVERSION
DIU	1
CONDONES/PRESERVATIVOS	100
HORMONAL ORAL	13
HORMONAL DE DEPOSITO	4
LIGADURAS	1
VASECTOMÍAS	1
MELA	2
BILLINGS	6
RITMO	6

Periodo de Reabastecimiento: Número determinado y pre-establecido de meses que transcurre entre pedidos de suministros anticonceptivos. El periodo de reabastecimiento debería determinarse en forma individual para cada método anticonceptivo. Se usa conjuntamente el periodo de reabastecimiento, el nivel de existencias de seguridad (en meses) y el lapso de reabastecimiento para determinar los niveles de existencias máximo y mínimo esperados.

Personas iletradas: persona falta de instrucción (no es sinónimo de analfabeto).

Plan Operativo: A diferencia del plan estratégico (el cual plantea las estrategias o iniciativas generales que utilizará un programa para lograr sus objetivos), un plan operativo plantea los proyectos o actividades específicos (de acuerdo con el plan estratégico) que se llevarán a cabo y el cronograma y los recursos necesarios para completar dichos proyectos o actividades.

Población con necesidad y sin necesidad de planificación familiar:

- Población con necesidad de métodos anticonceptivos: Mujeres en unión que no desean tener hijos

- Población sin necesidad de métodos anticonceptivos. Mujeres en edad fértil que están gestando o desean tener hijos.

Pregado: término que se aplica a la docencia y capacitación que realizan las universidades o instituciones educativas antes que los estudiantes obtengan su título (grado).

Prevalencia de Uso de Anticonceptivos: Porcentaje de todas las mujeres en edad fértil (MEF), (entre los 15 y los 49 años) que usan un método anticonceptivo en un momento dado.

Prevención de la violencia familiar: estrategia que busca la eliminación de la violencia física o psicológica, en ámbitos públicos o privados, de las personas especialmente de mujeres o niños, ejercida por algún o algunos miembros del núcleo familiar. Es parte del proceso de eliminar la violencia contra la mujer.

Primero en Expirar, Primero en Entregar (PEPE): Sistema de administración de suministros en el cual los productos con las fechas de expiración más próximas, se distribuyen primero y los productos con fechas de expiración posteriores, sólo se distribuirán cuando se hayan agotado los de fecha de expiración más reciente.

Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC): técnica estructurada de uso cíclico para mejorar los sistemas y procesos de una organización o programa. El PMC incluye la identificación de un área donde existe una oportunidad de mejoramiento, la definición del problema identificado en dicha área, el resumen de la secuencia de actividades (el proceso) que ocurren en dicha área y la determinación de los resultados deseados del proceso y los requisitos necesarios para lograrlos. Asimismo, la selección de los pasos específicos para estudiar, recopilar y analizar los datos del proceso, adoptar medidas correctivas y controlar los resultados de dichas acciones. El PMC se basa en un enfoque de equipo y requiere del desarrollo de equipos compuestos por personal de diferentes áreas y niveles funcionales de la organización. El PMC asume que cualquier sistema puede ser mejorado siempre y por consiguiente, enfatiza un proceso de mejoramiento constante que requiere de un compromiso a largo plazo y un trabajo de grupo efectivo.

Riesgo Reproductivo: Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud Reproductiva: Un estado de bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos referentes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por consiguiente la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual segura y satisfactoria, teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuando y cuán a menudo hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho de los varones y mujeres a mantenerse informados con respecto a los métodos anticonceptivos seguros, aceptables y al alcance de sus posibilidades, a elección suya, y a tener acceso a los mismos así como a otros métodos de planificación familiar para regular la fertilidad, que no sean contrarios a la ley, además del derecho de acceder a servicios apropiados de salud que permitirán que las mujeres tengan un embarazo y un parto seguros, proporcionando a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebé sano.

Sedoanalgesia Técnica de anestesia local que se complementa con algún tipo de sedante que permita manejar la ansiedad de la persona usuaria.

Sesión Educativa: Técnica educativa de carácter informativo, orientada a un propósito específico con respecto de un grupo determinado.

Sistema de Máximos y Mínimos: Sistema eficiente que se usa para mantener la cantidad adecuada de anticonceptivos disponibles. Niveles máximo y mínimo de existencias son calculados para asegurar que un programa no agote sus suministros y al mismo tiempo evitar que tenga más de lo necesario. Los niveles máximo y mínimo se expresan basándose en un cierto número de meses de existencias.



SOP : Sala de operaciones

Stock o existencias disponibles: son las cantidades de existencias utilizables que están disponibles en todos los niveles del sistema logístico en un determinado momento

Transcesárea: Término que se usa para especificar una actividad que se realiza en el curso de una intervención cesárea, por ejemplo inserción de DIU.

Trendelenburg: Posición en la que se coloca al / la paciente en decúbito supino, con la cabeza más baja que los pies en una inclinación de 45 grados.

Usuario/a : Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Usuarial/o Continuada: Usuarios continuos son aquellos individuos que utilizan anticonceptivos y lo confirman en una fecha dada. Generalmente se cuentan y se reportan por separado de los clientes nuevos del programa y de los nuevos aceptantes de un método.

Usuario/a Nuevo/a: Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un método anticonceptivo. Puede ser calificada como nuevo/a, tantas veces como métodos existan.

Usuario Potencial: En el caso de las mujeres, una usuaria potencial es cualquier mujer en edad reproductiva que este en riesgo de quedar embarazada, que no utiliza la anticoncepción y que no desea embarazarse por el momento. En el caso de los hombres, un usuario potencial es cualquier hombre sexualmente activo que no utiliza ningún método anticonceptivo.

Tasa de Falla: Número de embarazos ocurridos en las/os usuarias/os de determinado método al cabo de un año continuo de uso.



Y. BIBLIOGRAFIA

1. Angle Ma, Brown LA, Buekens P
1993 "IUD Protocols for International Training", Studies in Family Planning.
2. Arévalo J, Fuentes G, Rodríguez J
1994 "Consejería", Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 16-20
3. Association for Voluntary Surgical Contraception
"Postpartum IUD Insertion, Clinical and Programmatic Guidelines,
New York - USA.
4. Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC)
1993 Minilaparotomy Under Local Anaesthesia a Curriculum for Doctors and Nurses.
Participant's Handbook,
New York - USA.
5. Blumenthal P, McIntosh N.
1995 Pocket Guide for Family Planning Service Providers,
Baltimore, Maryland, JHPIEGO Corporation.
6. Center For Health And Medical Education
1982 "Educational handbook, Family Fertility Education Resource Package", Blat Center
for Health and Medical Education.
7. Congreso de la República
1998, La violencia cotidiana - Visión del Estado y la Sociedad Civil
Comisión Especial que Investiga las Causas y Consecuencias de la Violencia Cotidiana
en el País, Lima
8. Congreso de la República
1998, Jóvenes en Cifras - Perú 1998
Comisión Especial que Investiga las Causas y Consecuencias de la Violencia Cotidiana
en el País, Tomo II, 1era. Edición. Lima
9. Fayoyin A.
1993 Norplant: Five Year Insurance Against Pregnancy", Nigeria's Population.
10. Gonzales B, Manston-Ainley S, Vansintejan G, Li P S.
1993 Vasectomía son Bisturí: Guía Ilustrada para Cirujanos,
New York.
11. Hatcher RA, Pluhar E, Zieman M, et al
La Planificación Familiar. Una Guía para la Salud Reproductiva y la anticoncepción,
Dasombille, Georgia.
12. Hall P.
1994 "Task Force on Research on Introduction and Transfer Technologies for Family
Regulation", Geneva.
13. Huezo C, Brigas C.
1992 "Medical And Service Delivery Guidelines", Departamento Médico de la
Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Londres.
14. Institute for International Studies in Natural Family Planning
1990 "Guide for Natural Family Planning Trainers".

Lu



15. JHPIEGO Corporation
1995 "Service Delivery Standars for Family Planning Programmes.
16. Labbok M, Cooney K Coly S.
1994 "Guidelines: Breastfeeding, Family Planning an the Lactation Amenorrhea Method",
Lam Washington SC: Instituto para la Salud Reproductiva,
Universidad Georgetown.
17. Labbok M, Laukara V.
1994 "Breastfeedong, Family Planning", Gynecology and Obstetrics, Ed., Sciarra J y Dilts P.,
Filadelfia.
18. Ministerio de Defenza
2002 COPRESCOS Salud Sexual / Salud Reproductiva y Derechos Sexuales /
Derechos Reproductivos
Lima - Perú
19. Ministerio de Salud
1996 "Doctrinas, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú" PROCETSS.
20. Ministerio de Salud
1995 "Guía de Bolsillo para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar" (versión adecuada del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation).
21. Ministerio de Salud
1992 "Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Población de 5-19 años", Lima – Perú.
22. Ministerio de Salud
1997 "Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva"
Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales.
Lima – Perú.
23. Ministerio de Salud
2001 Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud
Lima Perú
24. Ministerio de Salud
2002 Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012
Lima - Perú
25. Ministerio de Salud
2002 Sismet Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Medico Quirúrgicos
Lima – Perú
26. Ministerio de Salud
2004 Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva
Lima - Perú
27. Neamatalla G S; Harper B P:
1991 "Consejería en Planificación Familiar y Esterilización Voluntaria y Segura (AVSC),
New York.

28. Organización Mundial de la Salud (OMS)
1992 "Consensus Statement from the OMS/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breast-Feeding", OMS Global Programme on AIDS.
Geneva.
29. Organización Mundial de la Salud
2004 Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use
Geneva
30. Sivin I
1992 "The Copper T 380^a Intrauterine Device. A Summary of Scientific Data", el Consejo de Población, New York – USA.
31. The Population Council y The Program for Appropriate Technology in Health (Path)
1989 "The Cooper T380A IUD: A Manual for Clinicians. 2^a. Edición,
Washington – USA.
32. Trussell J. Kowal D. The essentials of contraception. In: Hatcher RA, et al.
Contraceptive
Technology 18 th ed. New York: Ardent Media, 2004
33. Van Look K, Griffinf PD
1994 "Challenges in Reproductive Health Research", Biennial Report, 1992-1993,
Geneva.

