

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”
Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Protocolo de Atención en salud sexual y reproductiva en centros de privación de libertad. Montevideo: OPP, 2016. 70 p.

1. Prestación Integrada de Atención de Salud.
2. Prisiones-tendencias.
3. Adulto.
4. Adolescente.
5. Salud Sexual y Reproductiva.
6. Derechos Sexuales y Reproductivos.
7. Registros Médicos.
8. Protocolos.
9. Uruguay

ISBN: 978-9974-8561-5-8

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.535 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

GRUPO DE TRABAJO

Dra. Alma Fernández. SAI-PPL ASSE

Dra. Mónica Gorgoroso. ASSE

Dra. Gabriela Piriz. RAP Metropolitana. ASSE

Dr. Javier Ferreiro. DNSP

Lic. José Luis Priore. INISA

Dra. Ana Visconti. MSP

Dra. Susana Cabrera. MSP

Lic. Valeria Ramos. UNFPA

Dra. Griselda Bittar. OPS/OMS

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

COLABORADORES

Lic. Lilian Abracinskas. MYSU¹

Lic. Azul Cordo. MYSU¹

REVISORES

Dr. Bremen De Mucio. CLAP/SMR OPS/OMS

Dr. Jorge Banquero. DNSP

Fecha de elaboración: 18 de diciembre de 2015

Fecha de revisión: 29 de abril de 2016

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

1. Integrantes de Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU). Organización de la sociedad civil que formó parte del Grupo de Trabajo convocado para contribuir y asesorar en la elaboración del presente protocolo.



Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"



ÍNDICE

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | SIGLAS Y ACRÓNIMOS..... | 7 |
| 2. | INTRODUCCIÓN | 9 |
| 2.1. | Marco conceptual | 10 |
| 2.1.1. | Los componentes de la Salud Sexual y Reproductiva. | 11 |
| 2.2.2. | La perspectiva de género en SSyR | 12 |
| 2.2.3. | El abordaje de derechos humanos vinculados a SSyR. | 15 |
| 2.2.4. | Aspectos de salud específicos en personas trans | 17 |
| 3. | JUSTIFICACIÓN | 18 |
| 4. | ALCANCE | 19 |
| 4.1. | Ámbito de aplicación. | 19 |
| 4.2. | Población destinataria. | 19 |
| 5. | OBJETIVOS..... | 20 |
| 5.1. | Objetivo General | 20 |
| 5.2. | Objetivos Específicos..... | 20 |
| 6. | LA PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS UIPPL..... | 21 |
| 6.1. | El ejercicio de la Sexualidad | 21 |
| 6.2. | La visita íntima. | 21 |
| 6.2.1. | En adultos..... | 21 |
| 6.2.2. | En Adolescentes | 24 |
| 6.3. | Acceso a preservativos..... | 24 |
| 6.3.1. | Entrega de preservativos. | 25 |
| 7. | Aspectos a ser atendidos en SSR..... | 27 |
| 7.1. | Anticoncepción | 27 |
| 7.2. | Interrupción voluntaria del embarazo | 31 |
| 7.3. | Control del embarazo..... | 36 |
| 7.4. | Infecciones de transmisión sexual | 39 |
| 7.5. | Cáncer génito mamario..... | 40 |
| 7.5.1. | Cáncer de cuello de útero | 40 |
| 7.5.2. | Cáncer de Mama | 42 |
| 7.6. | Diversidad sexual | 44 |
| 7.7. | Violencia sexual..... | 44 |
| 7.8. | Explotación sexual..... | 44 |

| | |
|---|----|
| 8. LISTA DE DISTRIBUCIÓN | 45 |
| 9. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS | 46 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 47 |
| 11. ANEXOS..... | 50 |
| Anexo 1. Glosario | 50 |
| Anexo 2. Criterios de atención de Diabetes Gestacional | 53 |
| Anexo 3. Encare Sindrómico de las ITS. | 56 |
| Anexo 4. Manejo clínico ante colpocitología anormal..... | 67 |
| Anexo 5. Pautas para la atención de relación sexual forzada. | 69 |

1. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AIS: Adenocarcinoma in situ

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

BRCA: Breast Cancer

CEDAW: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

CDIS: Carcinoma ductal in situ

CLIS: Carcinoma lobulillar in situ

CME: Criterios médicos de elegibilidad

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CTOG: Curva de tolerancia oral a la glucosa

DDHH: Derechos Humanos

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial

DDSSRR: Derechos Sexuales y Reproductivos

DESC: Derechos económicos, sociales y culturales

ELISA: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

FEMI: Federación Médica del Interior

FR: Factores de riesgo

HSIL: High grade Superficial Intra-epithelial Lesion

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

LGTB: Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero

MAC: Métodos anticonceptivos

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAP: Test de Papanicolaou

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PMN: Polimorfonucleares

PNT: Pruebas no treponémicas

PPL: Personas Privadas de Libertad

RPR: Prueba rápida de reagina plasmática

SAIPPL: Sistema de Atención Integral de Personas Privadas de Libertad

SIP: Sistema Informático Perinatal

SMU: Sindicato Médico del Uruguay

SNC: Sistema Nervioso Central

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

UIPPL: Unidad de internación de personas privadas de libertad

UNG: Uretritis no gonocóccicas

VB: Vaginosis bacteriana

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

2. INTRODUCCIÓN

Las personas que ingresan al Sistema Penitenciario deben pasar una parte de su vida en situación de privación de libertad, por uno o varios períodos, que varían en un rango muy amplio de tiempo, con penas a cumplir que van desde algunos meses a más de 20 años. Es una circunstancia particular en el ciclo de vida de una persona. En el ámbito penitenciario, considerado como el ambiente en que la persona privada de libertad (PPL) vive, y despliega sus actividades diarias durante su tiempo de internación, se desarrolla una convivencia con otras PPL y con los funcionarios que forman parte del sistema penitenciario.

El Estado les debe otorgar todo lo necesario para una vida digna y el ejercicio de los derechos a todas las personas, incluidas las privadas de libertad. Durante la última década el Estado uruguayo ha realizado un esfuerzo para mejorar las condiciones de vida en los centros penitenciarios, logrando una franca mejoría, en un proceso de mejora continua, pero en el que restan aún muchos avances.

En el marco de la atención a la salud, las PPL deben recibir la misma atención que si estuvieran en libertad, por lo tanto los servicios de salud deben asegurar la continuidad asistencial a la entrada de las personas al sistema, durante el período de privación de libertad, y a su salida, con una calidad de atención similar a la que accede la población general.

El ámbito penitenciario y las PPL, con sus normativas, rasgos culturales y sistemas de valores particulares, provocan el desafío de que puedan acceder a las mismas prestaciones que la población general.

Son propósitos principales de la elaboración de los protocolos de atención, brindar a las personas usuarias de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a la toma de decisiones y contribuyan a normalizar la práctica, disminuyendo la variabilidad de las intervenciones, y constituyendo una fuente de información que facilite el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

El protocolo se entiende como el documento que traduce el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. Es un documento dinámico que necesita ser revisado periódicamente, y que debe incorporar el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

En este caso, se trata de sistematizar las acciones y buenas prácticas de atención de la salud de las personas privadas de libertad, adolescentes y adultas, vinculadas a las mejores condiciones para el ejercicio de los derechos concernientes a su salud sexual y reproductiva, en entornos de privación de libertad.

2.1. Marco conceptual

Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacional, respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las PPL, y que el trato dispensado a ellas esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social. Entre otros muchos documentos internacionales y regionales, cabe destacar las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el trato de las PPL; el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión; las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing); las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok); las Reglas para la Protección de los Menores Privados de Libertad y el Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, entre otros.

Cuando una persona es privada de libertad, corresponde a las autoridades penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. De esta forma se consagra el precepto emanado de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, que establece que la atención sanitaria de estas personas debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en los centros de reclusión y se fundamenta en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de las PPL. Por otra parte, debemos tener presente que la inmensa mayoría de las personas reclusas se reintegran a la vida en comunidad, por consiguiente cualquier enfermedad contraída en prisión o deterioro del estado de salud por las condiciones del encierro, puede tener impacto comunitario en el momento de la liberación. Esto refuerza la crucial relación entre la salud penitenciaria y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de estas personas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundará no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

2.1.1. Los componentes de la Salud Sexual y Reproductiva.

La Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) es una dimensión fundamental de la salud y la vida de las personas, campo de investigación y abordaje primordial para el desarrollo de políticas públicas. No es posible promover la salud integral, sin tomar en cuenta que la sexualidad, como dimensión constitutiva del ser humano, tiene un impacto fundamental en la misma, tanto en su función reproductiva, como erótico - placentera. Impacto que se traduce en modificaciones en el bienestar, en el desarrollo y en la calidad de vida de las personas. Repercute en las experiencias y relaciones personales de cada individuo. Se ve condicionada por el contexto incluyendo las circunstancias económicas, el nivel cultural, las oportunidades laborales, el momento del ciclo vital, la estructura familiar y el entorno político, social, religioso y jurídico.

La Salud Sexual y Reproductiva encuentra en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 94) un hito fundamental, que señaló nuevos caminos en su comprensión y abordaje, ya que se introdujo el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos como un derecho humano. Se descentraron los asuntos de población de la dimensión exclusivamente demográfica para introducirlos en el campo de la salud, la educación y los derechos. Según la OMS, la SSyR refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad. Según los diferentes instrumentos internacionales la atención de la SSyR incluye: el asesoramiento, información y educación sobre métodos anticonceptivos aceptables, asequibles y accesibles con la correspondiente comunicación y garantía de suministros y servicios clínicos y sociales; educación y servicios especializados para la asistencia prenatal, el parto seguro, la atención obstétrica, puerperal y neonatal esencial, y la promoción de la lactancia materna; la prevención del aborto inseguro, la atención institucional de aborto dentro de los límites legales y el tratamiento de las consecuencias de los abortos de riesgo; la prevención y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina; la prevención y tratamiento de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor como fístula obstétrica, prolapso uterino y cánceres del aparato reproductor; la información, atención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual particularmente VIH y Sida; la información, servicios y educación para la sexualidad y la salud sexual combinados con la promoción de la igualdad de género, la eliminación de prácticas perjudiciales como la mutilación genital femenina, el matrimonio prematuro, la violencia sexual y de género en todas sus expresiones.

Investigaciones y análisis a nivel mundial (Global Forum, 2007) han indicado que las desigualdades intra-poblacionales en SSR (sexo, género, pobreza, edad, etnia/raza) se atribuyen a cuatro causas principales:

1. Factores de riesgos conductuales, psicológicos y ambientales y la escasez de información y recursos que predisponen a algunos grupos y personas a una peor salud en general y a una mayor cantidad de problemas en SSR, en particular.
2. Factores sociales, económicos, culturales y personales que generan estigmas, doble moral sexual, modelos estereotipados de género, heteronormalidad y maternidad como destino, relaciones inequitativas de poder y ejercicio violento e impositivo de la autoridad.
3. La situación de las políticas, la definición de prioridades y la asignación de los recursos que afectan la calidad, cantidad y distribución geográfica de la atención sanitaria preventiva y curativa en general, y de la información y los servicios (públicos y privados) de SSyR, en particular.
4. La disponibilidad y el acceso a los medios biomédicos y técnicos como métodos anti conceptivos (MAC), vacunas, medicamentos multidosis y pruebas de VIH, test rápidos, etc., que influyen en la capacidad que tienen los programas de brindar servicios eficaces.

El abordaje integral, basado en derechos, equidad de género, con la sexualidad como componente central, a lo largo de la vida y para todas las personas son principios rectores de la SSyR.

Una perspectiva integral en SSyR implica a la persona en su multidimensionalidad biopsicosocial, considerando género, clase social, edad, orientación sexual e identidad de género, etnia, lugar de residencia, etc. **Sin duda la situación de privación de libertad genera condiciones, demandas y necesidades específicas en este campo.**

2.2.2. La perspectiva de género en SSyR

El **género como categoría de análisis** de los procesos y fenómenos sociales, no solamente como un asunto de identidades y roles, es determinante para aproximarse a la comprensión de la salud y de diversos fenómenos como la violencia, la prevalencia del VIH- SIDA, las formas de vivir, enfermar, morir, etc.; y es relevante para la comprensión de la equidad en un sentido más amplio. El género

es una perspectiva primordial a la hora de abordar el campo de la salud en general y de la SSyR en particular. Permite analizar la distribución y organización del poder, inherente a todas las relaciones sociales en sus diversas expresiones como parte fundamental de los análisis sobre equidad. La equidad de género en salud *“refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas (OPS), siendo de particular interés para la incidencia en materia de cambio a los sistemas de salud, todas aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión en materia de salud en general y en particular en SSyR: social y de género, ciclo vital y cultura”* (González, 2007).

Las políticas sanitarias así como las reformas de la salud, afectan de distinta manera a mujeres y varones. Son constatables las desigualdades entre unas y otros respecto al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a la participación, a la toma de decisiones, etc. El enfoque de género en salud se torna fundamental para el análisis de las diferencias entre varones y mujeres respecto a la producción cotidiana de sus procesos de salud, de saberes al respecto, sistemas de cuidados, etc. La categoría de género debe ser articulada con otras categorías como nivel socioeconómico, orientación sexual, etnia, edad, discapacidad intelectual, etc.

La **noción de diversidad** incorporada al enfoque de equidad de género significa reconocer que las mujeres y los hombres constituyen grupos heterogéneos. Las inequidades de género confluyen con otras inequidades, potenciando o agravando los procesos de salud y enfermedad. Resulta fundamental también la incorporación del enfoque de diversidad sexual al abordaje de la salud y la SSyR. Ministerios de salud de la región, han reconocido a la orientación sexual y la identidad de género como categorías determinantes y condicionantes de la salud, no solo por las prácticas sexuales y sociales específicas, sino por exponer a las personas lesbianas, gays, bisexuales, intersexuales y trans al estigma, la discriminación y la exclusión social. La OPS ha recomendado la necesidad de capacitar a los efectores de salud para *“mejorar el acceso y eliminar la discriminación contra los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, si quieren atender eficazmente las necesidades de salud de esta población”*. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública ha establecido que para garantizar el cuidado de la salud de todas las personas es necesario que todos los servicios del SNIS y los equipos de salud (personal técnico y administrativo) sean sensibilizados y capacitados para brindar una adecuada atención a las personas según su orientación sexual e identidad de género, desde una perspectiva de derechos humanos y de género (MSP, 2009).

La **masculinidad como categoría de género** permite estudiar a las masculinidades como redes de significados distintos (Gutmann, 1999), donde su análisis habilita la desconstrucción del hombre hegemónico como construcción socio-cultural, y que los varones se interroguen acerca de la legitimidad y la naturalidad de su masculinidad. Se ha instalado un dilema entre la búsqueda de una identidad propia como “*hombre*”, y el sometimiento de los propios ejercicios de la sexualidad en una cultura masculina que privilegia el ser “*macho*” centrado en la identificación con lo viril - potencia sexual (constructo opuesto a la femineidad – pasividad).

Muchas formas culturales de “*masculinidad-macho*” están generalmente relacionadas de forma directa con la experimentación del riesgo, configurando un factor predisponente para una serie de vulnerabilidades desde el punto de vista de la salud: violencia, riesgo de infección por el VIH, adicciones o paternidad precoz, entre otras. Implican asimismo una economía de beneficios y costos asociados a la necesidad de seguir sus mandatos. Es una dinámica que se expresa en las relaciones entre hombres y mujeres, en la interacción de los hombres con otros hombres y la dinámica de poder y violencia que a veces surge en tales interacciones. La *virilidad* conlleva así a una mezcla de privilegios y costos personales.

Se ha observado que los rituales que marcan para los varones el pasaje de la infancia -adolescencia a la adultez, remiten a la valentía, la audacia, la tolerancia al dolor, la capacidad para producir y proveer bienes, la fortaleza física, etc. En nuestro entorno social la ausencia de rituales complejos y sistematizados, hace que los jóvenes encuentren en su vida cotidiana espacios informales y poco reglados para ponerse a prueba, que no ofrecen condiciones de seguridad, lo que hace que aumente significativamente la exposición al peligro de estos jóvenes en el proceso de ser y “hacerse” hombres. La trasgresión de las normas, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, la violencia y el delito pueden expresar formatos de la ritualidad asociada a esta transición en nuestra sociedad, especialmente en los sectores sociales menos privilegiados, donde los varones jóvenes no acceden a espacios simbólicos de prueba, como los deportes y otras competiciones regladas. (SND, 2011)

Estos aspectos referidos al modo de vivenciar la masculinidad tienen particular relevancia para analizar las propuestas de cuidado de la salud en los ámbitos de privación de libertad.

2.2.3. El abordaje de derechos humanos vinculados a SSyR.

El **derecho a la salud en tanto derecho humano básico**, está caracterizado por los principios de universalidad, indivisibilidad, integralidad, imprescriptibilidad, irrenunciabilidad, inalienabilidad, inviolabilidad y progresividad (ONU, 1993). Se encuentra sustentado y reconocido tanto a nivel nacional como internacional, consagrado desde 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La salud es un derecho y a la vez es condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. Las condiciones de salud de las personas varían según sus características de vida y existencia, su grado de autonomía, el ejercicio de sus derechos, el acceso a la alimentación, vivienda, trabajo y educación. Asimismo, la Salud es un bien público, un bien social, derecho de la ciudadanía y responsabilidad del Estado. El derecho a la salud –incluida la SSyR–, debe ser entendida como parte de los derechos económicos y sociales y como un derecho fundamental, que el Estado, tiene el deber de garantizar a toda la población hasta lograr su satisfacción. Los contenidos de este derecho, más allá de lo establecido por los pactos internacionales, están condicionados por las cláusulas de no regresividad y por la conexión de la salud con la vida digna, lo que supone que no sean tomadas medidas que impliquen regresión u omisión.

La **confidencialidad** se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada en la atención en salud. Es un derecho de las personas, que quienes hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos sin su autorización expresa. Esto se aplica tanto a la información vertida en la consulta, como a la de las historias clínicas. Según el Código de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay, en sus artículos 20 y 21 plantean que el paciente tiene derecho a “la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte. El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto” (Ley 19.286).

La **efectividad del derecho a la salud** se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios como la formulación de políticas en materia de salud, tales como la definición de prestaciones prioritarias. El acceso a servicios de salud –incluida la SSyR– es una forma de hacer efectivo este derecho. La salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental. (ONU, 2004)

La sexualidad aporta nuevos contenidos a los derechos humanos, expresados en los **derechos sexuales y en los derechos reproductivos (DDSSRR)** como parte del derecho a la salud. Es ineludible a la hora de pensar en el real ejercicio del derecho a la salud, la promoción de la SSyR, en tanto dimensión central de la salud y de la vida de las personas. Como lo afirma el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya incluidos en diversos instrumentos internacionales y han servido para dar nuevos contenidos a los derechos humanos clásicos. En este marco de los DDHH, los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, integran los denominados DESC¹ y por lo tanto, es fundamental comprender algunas de sus características. Esta relectura de los derechos humanos clásicos da origen a un compromiso desde el cual la protección de estos derechos es fundamental para el pleno respeto de los derechos humanos, y ubica a los sistemas de salud frente al reto de garantizar las condiciones necesarias para su protección y garantía, y a la sociedad civil frente al reto de buscar su cumplimiento y hacer realidad su ejercicio.

El proceso de conquista y formulación conceptual de los DDSSRR se ha dado fundamentalmente a largo del siglo XX, principalmente como producto de las reivindicaciones y acciones de los colectivos de mujeres y feministas, así como de los grupos de la diversidad sexual. Desde Naciones Unidas la década de los noventa marca un hito en el proceso de legitimación, con las Conferencias: Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), Internacional de Población y Desarrollo (CIPD - El Cairo – 1994) y Mundial de la Mujer (Beijing – 1995). A estas instancias se suman la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW – 1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN – 1989). Recientemente, se destaca el Consenso de Montevideo, con declaraciones de avanzada en este campo, firmado en el marco de la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo, realizada en Uruguay en 2013.

Asimismo a nivel nacional, Uruguay cuenta con un marco jurídico de avanzada en el campo de los DDSSRR: ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008), ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012), ley 18.246 de Unión Concubinaria (2007) que también incluye las uniones entre

1. Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** es un tratado multilateral general adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, que reconoce Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía, (y entró en vigor el 3 de enero de 1976). Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado.

personas del mismo sexo, ley 18.437 General de Educación (2008) que plantea la educación sexual como eje transversal, ley 18.260 (2009) que establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, ley 19.075 de Matrimonio Igualitario (2013), ley 19.161 de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada (2013) y la ley 19.167 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (2013).

2.2.4. Aspectos de salud específicos en personas trans

Es importante evitar situaciones de estigma y discriminación para con las personas transgénero que ingresan a las UIPPL o los centros de medidas cautelares del INISA; deben ser tratadas acorde al género adoptado y se les debe nombrar con el nombre con que se identifican.

En privación de libertad se requiere:

- Construir un diagnóstico sobre las vulneraciones de derechos que viven las personas LGTB, con especial énfasis en demandas, necesidades y requerimientos específicos, así como el registro de situaciones de violencia institucional generadas por no adecuarse a los estereotipos hegemónicos de género o por tener orientaciones sexuales diversas. (MYSU, 2013)
- Trabajar con el personal penitenciario y de salud, desde quien atiende la recepción, el cuerpo administrativo y el equipo de profesionales en cada unidad, en ser cuidadosos para no generar comentarios o formas de tratamiento que pueden ser estigmatizantes, ya sea en el trato directo o en comentarios indirectos.
- Garantizar la confidencialidad de las consultas, para que quienes asisten a los servicios tengan la seguridad de que su consulta va a ser preservada en la privacidad en todos los términos.

El abordaje en los servicios de salud debe contemplar requerimientos específicos de esta población, así como los impactos en la salud física y mental que produce la privación de libertad, y no sólo un diagnóstico y seguimiento para controlar si las personas trans son “portadoras” de ITS-VIH-Sida.

3. JUSTIFICACIÓN

Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 personas privadas de libertad cada 100.000 habitantes. Ya en 2008 era de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubicaba en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008) (Villagra, 2008), El Salvador y Panamá. Latinoamérica, de acuerdo al *International Centre for Prison Studies*, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes (Morales, 2013). Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde las cifras se ubican entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas. La mayor proporción de adultos está bajo la responsabilidad del INR y los adolescentes en la órbita del INISA. La cobertura sanitaria se distribuye entre ASSE y DNSP. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

| Institución responsable de la atención sanitaria | Población |
|---|------------------|
| INISA | 531 |
| INR con cobertura asistencial de ASSE | 5410 |
| INR y cobertura asistencial de DNSP | 4218 |
| Total | 10159 |

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad, muy joven promedialmente y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Las UIPPL pueden generar condiciones que potencien el impacto de los factores de riesgo de patologías vinculadas a la esfera sexual y reproductiva presentes en la sociedad, aumentando la probabilidad de aparición de las mismas en las PPL o acelerando su evolución hacia complicaciones.

El diseño de protocolos de intervención de salud que tiendan a disminuir la variabilidad no justificada en las prestaciones en las distintas instituciones, pueden contribuir fuertemente a la mejora de la calidad de la atención. Sobre todo si incluyen en las estrategias de intervención, la formación en salud y prevención de enfermedades recurrentes en estos ámbitos, orientada a las personas privadas de libertad, para una llegada más eficaz en los mensajes de salud entre pares.

En particular, vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde un diagnóstico adecuado integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia a los quebrantos de salud.

Explicitar ante una PPL una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema penitenciario, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo. Esto cobra particular relevancia y adquiere pleno sentido, cuando desde el sistema penitenciario se han garantizado las condiciones de dignidad, higiene y salubridad para un adecuado tránsito por los procesos de rehabilitación.

4. ALCANCE

4.1. Ámbito de aplicación

Este protocolo debe ser aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud, que se encuentran trabajando en las UIPPL para adultos y adolescentes de ambos sexos. Asimismo será conveniente que sea tenido en cuenta por los responsables y equipos de gestión de las UIPPL, y respetado por operadores penitenciarios y funcionarios policiales.

4.2. Población destinataria

Personas privadas de libertad, adultos y adolescentes, de ambos sexos que se encuentren en centros de privación de libertad.

Criterios de inclusión

- Los aspectos vinculados a la promoción de salud, prevención de factores de riesgo y detección precoz de enfermedades, están dirigidos a toda la población de PPL.
- Los aspectos vinculados al tratamiento y seguimiento de patologías en la esfera sexual y reproductiva, están dirigidos a las PPL con diagnóstico positivo de las mismas.

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

5. OBJETIVOS

5.1. *Objetivo General*

Brindar una atención integral y longitudinal en salud sexual y reproductiva, con calidad homogénea en todos los establecimientos de internación de personas privadas de libertad, con enfoque de derechos, integrando las perspectivas de género, generaciones y diversidad sexual.

5.2. *Objetivos Específicos*

- Facilitar la accesibilidad de toda la población privada de libertad, a servicios específicos y con capacidad resolutoria en SSyR.
- Impulsar acciones de prevención y promoción de salud sexual y reproductiva.
- Facilitar las condiciones para el ejercicio de la sexualidad sin factores de riesgo evitables.
- Brindar cobertura anticonceptiva a todas las PPL que lo requieran, con libre elección del método, en acuerdo con el equipo de salud.
- Generar las condiciones para la vivencia de una sexualidad sin violencia o cohesión.
- Asegurar un adecuado control del embarazo según las pautas definidas por el MSP.
- Generar las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo según la ley 18.987 y su decreto reglamentario.
- Asegurar las prestaciones preventivas de cáncer de cuello y de mama, su detección precoz y atención oportuna.
- Asegurar la prevención y atención oportuna de las infecciones de transmisión sexual.

6. LA PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS UIPPL

6.1. El ejercicio de la Sexualidad

La salud sexual puede definirse como el *“bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”* (OMS, 2006)

La sexualidad responde al desarrollo integral del ser humano. El ejercicio de la sexualidad debe ser incluido como parte del derecho a la salud. El derecho a la visita íntima es una manifestación del derecho a la salud, y deben asegurarse las condiciones básicas para su realización en las UIPPL.

6.2. La visita íntima

6.2.1. En adultos

La visita íntima se da dentro de un marco normativo nacional e internacional que tutela el derecho a la vida privada de las PPL y el derecho a la salud y a la sexualidad, y en la aspiración de que la privación de libertad no resulte en restricción de derechos fundamentales consagrados por los distintos instrumentos internacionales de protección y promoción de los derechos humanos de las PPL.

Es deseable que se tienda progresivamente a que **las visitas íntimas tengan igual frecuencia en todos los establecimientos del territorio nacional.**

La Resolución 119/08² de la Dirección Nacional de Cárceles reglamenta la visita íntima considerando el derecho a mantener y fortalecer el vínculo afectivo con la pareja y el derecho a la sexualidad y a la salud (art. 74: “se permitirá la visita

2. Resolución Nº 119/08, de 20 de junio de 2008, de la Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarías y Centros de Recuperación. República Oriental del Uruguay.

íntima entre personas que no tengan otra intención que la de mantener relación sexual.”)

La visita íntima no debe estar limitada al vínculo conyugal o concubinario y se debería garantizar la libre elección.

Adhiriendo a la Regla Mínima 60, que dice: “*El régimen del establecimiento debe tratar de reducir las diferencias que puedan existir entre la vida en prisión y la vida libre en cuanto éstas contribuyan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso o el respeto a la dignidad de su persona*”, es aconsejable que el régimen de las visitas íntimas esté preestablecido en protocolos definidos por las autoridades del INR y aplicados en forma homogénea en los distintos establecimientos.

Se considera conveniente que el período exigido de estadía en un centro para solicitar la visita íntima, **sea el más breve lo posible.**

Asimismo, se recuerda que es recomendación del Ministerio del Interior (Fulco, 2011) que “*...las visitas no deben ser nunca suspendidas o utilizadas como instrumento de sanción.*” Además, la suspensión de visitas, de la índole que éstas sean, resultará en una pena para la persona visitante, a sabiendas que “*...la pena no puede trascender de la persona del delincuente*” (OEA, 1969).

Deberán hacerse todos los esfuerzos institucionales posibles para **seguir disminuyendo** los efectos traumáticos de los servicios de **revisorías para los visitantes**, incluyendo progresivamente el uso de escáneres.

La facilitación de visitas íntimas en espacios adecuados, probablemente disminuya, otras prácticas sexuales que se dan en el marco de otras modalidades de visita y que, posiblemente, conlleven la falta de cuidados profilácticos, con más frecuencia que en las visitas planificadas.

Se deberá hacer esfuerzos por garantizar las condiciones habilitantes para este ejercicio de la sexualidad, en el marco de visitas planificadas.

Conociendo que existe heterogeneidad para la autorización de visitas íntimas en distintos establecimientos y pudiéndose vincular ésta con deficiencias infraestructurales, se recomienda que **cada establecimiento disponga de espacios debidamente acondicionados para las visitas íntimas en número acorde a la población** que aloje.

Existe explícita inclusión en la normativa nacional e internacional, de visitas entre personas del mismo o distinto sexo, para cualquier modalidad de visita íntima.

Es aconsejable que todo el personal penitenciario se sensibilice y capacite, para **evitar toda forma de discriminación a las visitas homoafectivas.**

Las visitas íntimas deben resultar en vivencias liberadoras de angustia y tensión y nunca ser un agente de re-victimización.

Las Reglas de Bangkok contemplan la visita íntima como un derecho. En este sentido la Regla 27 establece que “las reclusas tendrán el mismo derecho a ellas que los reclusos de sexo masculino. (UNODC, 2011)

La percepción de los equipos de salud da cuenta de que, a diferencia de lo que sucede con los hombres privados de libertad, las mujeres privadas de libertad muestran un abanico más amplio de motivaciones para solicitar la visita íntima. Éste incluye el legítimo deseo sexual, el re-encuentro con la persona amada o con quien sostenían una relación de pareja anterior a la institucionalización, seguir perteneciendo a *la familia*, el inicio de una relación de pareja, embarazo³, obtener satisfacción a sus necesidades de insumos varios, obtener beneficios económicos para el sustento de hijos fuera del establecimiento (ej: paga de alguna modalidad habitacional, alimentos, vestimenta, etc.).

Se espera el compromiso y esfuerzo de cada actor penitenciario para **evitar que en el contexto de visitas íntimas, se reproduzcan las relaciones asimétricas y abusivas** en las que, usualmente, la vida de las mujeres privadas de libertad ha transcurrido.

En muchos casos, las mujeres se encuentran privadas de libertad justamente durante su período reproductivo. El acceso al derecho a visita íntima en el caso de las mujeres, así como los varones privados de libertad, les habilita una oportunidad de ejercer sus derechos reproductivos. Es importante que el equipo de salud, en los intercambios con varones y mujeres en privación de libertad, contribuyan a identificar los elementos vinculados a la sobre determinación de las conductas reproductivas por los estereotipos de género, y fomentar la corresponsabilidad del hombre y la mujer en la experiencia reproductiva, los cuidados y el control durante el embarazo, etc.

Considerando lo que se recoge de la experiencia de los equipos de salud que trabajan en las UIPPL, respecto a la falta de adherencia de las PPL a propuestas, fármacos y dispositivos de cuidado en relación a prevención de ITS y embarazos,

3. Son muchas las mujeres que cursan su prisionización en su edad reproductiva, que han debido dejar a sus hijos al cuidado de familiares o institucionalizados y que, adhiriendo fuertemente a estereotipos de género, no pueden diseñar un plan de vida que no incluya la maternidad.

se recomienda la generación de un cuerpo de promotores de SSR, y espacios educativos que fomenten los DDSSRR.

Es deseable la participación y el compromiso de organizaciones de la sociedad civil, probadamente comprometidas con los DDSSRR y el apoyo de las autoridades penitenciarias y de los equipos técnicos de los servicios de salud penitenciarios.

6.2.2. En Adolescentes

La relevancia que tiene el ejercicio de los derechos sexuales en la adolescencia, indica la necesidad de revisar la actual normativa altamente restrictiva que inhabilita absolutamente las visitas íntimas en centros de privación de libertad de adolescentes. Debiera manejarse el mismo criterio de autonomía progresiva que orienta otras dimensiones de la vida cotidiana de los adolescentes en estos centros.

6.3. Acceso a preservativos

Las condiciones de las UIPPL pueden generar barreras para el acceso a los preservativos, y lleva en consecuencia a prácticas sexuales con el alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Es relevante definir una política institucional que garantice condiciones salubres y explícitamente favorecedoras del acceso a los preservativos.

Asimismo, si bien las PPL son las más expuestas al riesgo, el personal penitenciario comparte este ambiente de alto riesgo; si bien el VIH se transmite sólo a través del contacto con la sangre u otros fluidos corporales, el personal penitenciario puede aumentar enormemente la probabilidad de infectarse con VIH, VHB, etc. como resultado de la exposición ocupacional, así como también de tuberculosis, coinfección frecuente en las personas con VIH. (Cfr. Protocolos de Atención a Tuberculosis y VIH)⁴

Es difícil determinar el alcance de la actividad sexual consentida y no consentida en las prisiones, dado que las declaraciones realizadas por las PPL se ven distorsionadas por la vergüenza o el miedo a represalias o castigos adicionales. El sexo en la prisión suele tener lugar en situaciones de violencia o intimidación, por lo cual tanto las víctimas como los victimarios son reacios a hablar sobre su ocurrencia.

Se debe reconocer que las relaciones sexuales suceden en las UIPPL y que implican el riesgo de transmisión de enfermedades, siendo altamente recomendable la entrega de preservativos y los recaudos para el descarte después de su uso; deben

4. Proyecto "Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad" Sector de intervención 3 - "Salud en centros de privación de libertad". Programa de Justicia e Inclusión. OPS. CND. OPP. Unión Europea.

existir directivas no solo para los servicios de salud sino también para los mandos direccionales de las unidades y los decisores políticos del sistema penitenciario.

6.3.1. Entrega de preservativos.

Los preservativos pueden entregarse en una amplia gama de ámbitos penitenciarios y las PPL usan los preservativos para evitar la transmisión del VIH durante la actividad sexual cuando logran obtenerlos en la UIPPL. Ningún sistema penitenciario que ha permitido el uso de preservativos ha revertido su política y ninguno ha informado sobre problemas de seguridad o alguna otra consecuencia negativa de importancia. En particular, hay conocimiento sistematizado respecto a que el acceso al preservativo no representa amenaza alguna a la seguridad o a las operaciones, no conduce a un incremento en la actividad sexual y es aceptado por la mayoría de los internos y funcionarios, una vez que se ha introducido su uso en los centros penitenciarios.

Los servicios de salud deben generar programas de acceso a preservativos en todos los lugares de reclusión tanto para hombres como para mujeres. Deben proporcionarse gratuitamente preservativos y lubricantes a base de agua. Estos deben ponerse a disposición de las PPL de forma fácil y discreta en distintos lugares, sin que tengan que solicitarlos expresamente y fuera de la vista de otras personas. También deben proporcionarse preservativos para las visitas íntimas. Generalmente la entrega de preservativos se limita a las enfermerías o policlínicas de salud, o las PPL deben concurrir al servicio de salud para solicitarlos. Hay que destacar en esto dos aspectos que limitan el acceso:

- El acceso al servicio de salud muchas veces está limitado por la guardia y la PPL no logra concurrir las veces necesarias.
- El solicitar preservativos en el servicio de salud evidencia la potencial conducta sexual por parte del PPL, perdiéndose el resguardo de la intimidad de la misma y pudiendo representar una amenaza por parte de la autoridad penitenciaria (si la conducta es sancionable) o del resto de las PPL (que pueden recurrir a presiones sobre el solicitante del insumo para mantener el secreto).

Por tanto en referencia a la provisión de preservativos en las UIPPL se recomienda:

- Los servicios de salud deben coordinar el mantenimiento de un stock suficiente que permita la entrega de acuerdo a las necesidades que manifieste la PPL.
- Los mismos deberán mantenerse en depósitos al resguardo de la luz, humedad, etc. tal como lo establece el “manual logístico y de procedimiento de entrega de preservativos y otros métodos anticonceptivos”.(MSP-RIEPS, 2013)

- Es muy importante obtener el compromiso de la autoridad penitenciaria para facilitar la distribución. Para ello es importante destacar la necesidad de “desplazar” el preservativo de los sectores vinculados a la salud y distribuirlos en otros espacios de las UIPPL tales como los sectores de educación, centros culturales, talleres de trabajo, patios, pasillos o baños, para desnaturalizar una mirada “medicalizada” del uso del preservativo, y tener canales de acceso que permitan mantener la confidencialidad.
- **Es la institución prestadora de servicios de salud, la que debe proveer los preservativos desde una lógica de promoción de salud y prevención**, en coordinación con las autoridades del INR y de cada UIPPL, ajustando la logística de distribución a las diferentes realidades de los centros penitenciarios.

• **Es importante que en las habitaciones de visita íntima siempre se disponga en cantidad suficiente tanto de preservativos femeninos como masculinos, en lugares que permitan acceder a ellos en confidencialidad en caso necesario.**

• **Se debe tener en consideración la entrega de preservativos en las visitas íntimas intercarcelarias, entregándolos a las mujeres y a los varones, en cantidad suficiente y de ambos tipos según lo requieran.**

- La entrega de material informativo en donde se disponga de información básica, así como también de los lugares fuera del servicio de salud en donde se encuentran disponibles, contribuye a mejorar el acceso.
- Es altamente recomendable que la entrega de preservativos en las UIPPL, no se limite solamente a las PPL sino también a los guardias y resto del personal. La estrategia de “inundar” las unidades con preservativos hace que éstos pierdan valor como moneda de intercambio. Cuando un insumo en una unidad pierde valor, se logra un acceso más equitativo, dado que pueden acceder a él las personas de “menor jerarquía o poder” y que muchas veces son las víctimas de abusos múltiple, entre ellos abuso sexual, evitándoles de ésta manera la adquisición de ITS.

Es esencial contar con puntos de accesibilidad a preservativos y material gráfico en espacios por fuera de los sectores de sanidad, y fomentar la articulación logística de los servicios de salud y los distintos actores de las unidades, a fin de consolidar el circuito de solicitud-distribución y entrega de estos insumos, de modo sistemático.

7. ASPECTOS A SER ATENDIDOS EN SSR

7.1. Anticoncepción

Dentro de los derechos que tienen todas las personas, está el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos nacidos y futuros, y de informarse para decidir respecto a su reproducción y disponer de los métodos para ello.

La ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, establece que los métodos anticonceptivos son una prestación universal y obligatoria.

La consulta profesional en anticoncepción debe tener un fuerte carácter preventivo y de integralidad.

Las PPL deberán acceder a métodos anticonceptivos, de manera consciente, libre, informada y responsable. El equipo de salud debe acompañar y ayudar a identificar sus necesidades anticonceptivas, para que puedan optar libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales, y permita satisfacer sus intenciones reproductivas.

Se deberá ofrecer una amplia información sobre todos los métodos disponibles, incluyendo materiales educativos apropiados y sesiones educativas grupales.

Es recomendable que en las UIPLL donde hay **mujeres** en situación de privación de libertad, esté disponible una canasta amplia de MAC, que incluya al menos:

- **Anticonceptivos orales trifásicos.**
- **Anticonceptivos orales monofásicos.**
- **Anticonceptivos para el periodo de lactancia (AOP).***
- **Anticonceptivos inyectables, combinados, mensuales.**
- **Condomes masculinos.**
- **Condomes femeninos.**
- **Dispositivos intrauterinos.**
- **Implantes sub dérmicos.**
- **Anticoncepción de emergencia.**
- **Coordinación de ligadura tubaria.**

* Anticoncepción oral monodroga de progestina (se usa en la lactancia pero no exclusivamente)

En lo que respecta a las UIPPL de **varones** es importante disponer de **condones masculinos**, así como de **anticoncepción de emergencia**, **condón femenino** y lubricantes, en los ámbitos destinados a la visita íntima.

Debe preverse la coordinación de **vasectomía** cuando sea solicitada.

Para favorecer una segura y libre elección del método, el equipo de salud debe realizar un adecuado proceso de consejería.

La consejería tiene como finalidad proporcionar herramientas para la toma de decisiones en relación a la propia vivencia de la sexualidad, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Una adecuada consejería requiere por parte de quien la brinda: **empatía**, **relación horizontal**, **escucha activa**, **aceptación** y **respeto**.

Durante la consejería se debe indagar conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos, sexo seguro, el propio cuerpo y sobre los métodos de protección; asimismo se debe lograr establecer temas a profundizar y profundizarlos.

Al presentar los métodos es importante atender las inquietudes que surjan inicialmente, hablar con claridad, problematizar los mitos y la información errónea. Es importante ser paciente, repetir los conceptos cuantas veces sea necesario, y es aconsejable utilizar herramientas didácticas para hacerse entender.

La consejería requiere no forzar la conversación y respetar su ritmo, considerar las creencias de las personas sin juzgar sus posiciones ni censurar la información que se ofrece. Es importante reconocer los límites propios y procurar una derivación oportuna a quien pueda continuar la consejería.

Los métodos anticonceptivos deben cumplir ciertas características que permitan a cada persona alcanzar sus metas reproductivas, en forma efectiva, de acuerdo a su situación de vida, y asimismo ser seguros para su salud.

No hay un método que sea el mejor para todas las personas en todas las situaciones de vida. Las personas deben considerar las características de los métodos y las circunstancias actuales de vida, y elegir el que les parezca más adecuado para poder alcanzar sus objetivos reproductivos sin riesgos.

Las características de los MAC que han de valorarse, y siempre informar a la persona, son: mecanismos de acción, eficacia, duración, efectos secundarios, efectos beneficiosos, seguridad y reversibilidad o no.

La libre elección del método es un DERECHO de las personas; asegurarse que el uso del método elegido no signifique riesgos innecesarios para la salud es el DEBER de quienes acompañan el proceso de elección.

Las guías clínicas sobre criterios médicos de elegibilidad (CME) son guías consensuadas basadas en la mejor evidencia científica y que se actualizan periódicamente. Los CME analizan condiciones médicas, edad, hábitos, uso de drogas, contraindicaciones alguna vez descritas para el uso de un MAC, entre otras, para establecer en diferentes condiciones 4 categorías de recomendación para cada método. Estas categorías son:

Categoría 1: No hay limitaciones para el uso del método.

Categoría 2: Los beneficios de usar el método superan los posibles riesgos.

Categoría 3: Los posibles riesgos superan los beneficios de usar el método.

Categoría 4: El uso del método representa un riesgo inaceptable.

A continuación se describen las categorías de CME para los MAC disponibles para algunas condiciones frecuentes.

Cuadro 1. Categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para los MAC

| Condiciones | | ACO | Inyectable Mensual | Implantes | PAE | AO Progestina | DIU TCU |
|------------------|----------------------------|--------|--------------------|-----------|-----|---------------|--------------|
| Edad | Menor 40 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 2 (>20) |
| | Mayor 40 | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 |
| Paridad | Sin hijos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| | Con hijos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lactancia | <6 semanas post nacimiento | 4 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1* |
| | >6 semanas post nacimiento | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No lactancia | < 21 días nacimiento | 3/4** | 3/4** | 1 | 1 | 1 | 1* |
| | 21 días y 42 días | 2/3** | 2/3** | | | | |
| | > 42 días nacimiento | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Postaborto | Primer o segundo trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Séptico | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Fumadora | Edad < 35 | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 |
| | Edad > 35 | 3/4*** | 3/4*** | 1 | | 1 | 1 |
| Obesidad >30 IMC | | 2 | 2 | 1# | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------|--------|---|------|-------|
| HTA | HTA actual | 3/4º | 3/4º | 1/2º | 1 | 1/2º | 1 |
| | Antecedente de HTA en el embarazo | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Trombosis Venosa Profunda | Antecedente | 4 | 4 | 2 | | 2 | 1 |
| | Actual | 4 | 4 | 3 | | 3 | 1 |
| | Inmovilización prolongada | 4 | 4 | 2 | | 2 | 1 |
| Patología venosa periférica | | 1/2ºº | 1/2ºº | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Cefalea | No migrañosa | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Migrañosa | 3/4ººº | 3/4ººº | 2/3ººº | | 1/2 | 1 |
| Patología cervical pre neoplásica | | 2 | 2 | 2 | | 1 | 1 |
| Patología Mamaria | Masa Benigna | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Antecedentes Familiares de Ca. de Mama | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Ca. de Mama | 4 | 4 | 4 | | 4 | 1• |
| Tuberculosis | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1/4•• |
| ATB | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 |
| VIH | Tratamiento sin Ritonavir | 1/2 | 1/2 | 1/2 | | 1 | 2 |
| | Con Ritonavir | 3 | 3 | 2 | | 3 | 2 |
| Diabetes | Antecedente de DG | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Menos de 20 años, sin repercusión (con o sin insulina) | 2 | 2 | 2 | | 2 | 1 |
| | Más de 20 años y/o con repercusión | 3/4 | 3/4 | 2 | | 2 | 1 |
| Psicofármaco | Lamotrigina, carbamacepina, topiramato, barbitúricos, primidona | 3 | 3 | 3 | | 3 | 1 |

* La inserción del DIU se sugiere dentro de las 48hrs post nacimiento o luego de las 4 semanas post nacimiento. El DIU con Levonorgestrel es categoría 3 antes de las 6 semanas si se encuentra en lactancia.

** Aumenta de categoría si la mujer presenta algún factor de riesgo adicional de trombosis.

*** Aumenta de categoría cuando se fuma más de 15 cigarrillos/día.

Pesos mayores de 80, se sugiere cambiar 1 año antes.

º Aumenta de categoría si la presión es mayor o igual de 160 de sistólica y/o mayor o igual de 110 de diastólica.

ºº Aumenta de categoría si tiene trombosis de vena varicosa.

ººº Aumenta de categoría se la migraña tiene aura (difiere también según edad y si está iniciando el método o si ya lo recibía).

• Para el DIU con Levonorgestrel es categoría 4.

•• Es categoría 4 si presenta una tuberculosis pélvica.

7.2. Interrupción voluntaria del embarazo

La mujer en situación de privación de libertad que cursa un embarazo no deseado y considera la posibilidad de interrumpir el mismo, ejerciendo su derecho a la salud, debe acceder a los servicios de IVE y ser respetada en todos los términos de su decisión

1. Generalidades de la ley 18.987⁵

¿Quiénes pueden solicitar la IVE?

TODA MUJER que cumpla los siguientes requisitos, independientemente de su edad:

- Expresar verbalmente su voluntad de interrumpir el embarazo.
- Ser ciudadana uruguaya natural o legal, o extranjera residente en el país al menos por un año previo a la consulta.
- Estar cursando un embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación para las situaciones generales, o las primeras 14 semanas en caso que el embarazo sea producto de violación o, independiente de la edad gestacional, si el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer o existen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

Situaciones Generales

Interrupción de embarazos durante las primeras 12 semanas de gestación inclusive, solicitada por mujeres con situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

- SITUACION 1. Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas.⁶
- SITUACION 2. Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación. Se deberán prever

5. Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, del 22 de octubre de 2012. Decreto Reglamentario CM/604, del 22 de noviembre de 2012. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

6. Según el Código Civil art. 91, 302, 305, se consideran habilitadas las mujeres menores de 18 años casadas, divorciadas o viudas aún en caso que se haya producido esta condición dentro de la minoridad. (La ley habilita a consentir el matrimonio a la mujer a los 12 años, con consentimiento de tutores o judicial)

las particularidades de las instituciones con medidas privativas de libertad de adolescentes, teniendo en cuenta que las adolescentes privadas de libertad pueden ser capaces de consentir en uso de la autonomía progresiva.

- SITUACION 3. Mujer declarada incapaz judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria de la gestación.

Situaciones Excepcionales

En las tres situaciones siguientes la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo sí la expresión de la voluntad de la mujer.

- SITUACION 4. Violación: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, acreditada con constancia de denuncia judicial dentro de las 14ª semanas de gestación.
- SITUACION 5. Grave riesgo para la salud de la mujer: Mujer cuya condición de gravidez implique un grave riesgo biológico para su salud, independiente de la edad gestacional.
- SITUACION 6. Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina: Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, independiente de la edad gestacional.

¿Cuál es el proceso asistencial previsto en la ley 18.987 (Situaciones generales)?

IVE 1. 1ª consulta con médico. RECEPCION DE LA VOLUNTAD DE LA MUJER. Se verifican los requisitos, se solicita paraclínica (Ecografía, Grupo y Rh) y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta, que debiera realizarse el mismo día o al día siguiente.

IVE 2. 2ª consulta con equipo interdisciplinario. ASESORAMIENTO. Tres profesionales con actuación conjunta (ginecobstetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento y plantean un lapso de reflexión propuesto por la ley, no menor de 5 días corridos.

IVE 3. 3ª consulta con ginecólogo. EXPRESION FINAL DE VOLUNTAD DE LA MUJER. Se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica. Aborto farmacológico o quirúrgico, ambulatorio o institucional según indicación del ginecólogo

En el proceso de atención la mujer recibirá asesoramiento sobre los procedimientos previstos en la ley 18.987, sus derechos sexuales y reproductivos, las características, métodos, ventajas y riesgos de la IVE. También se informará sobre las alternativas

al aborto voluntario, incluyendo los programas de protección social disponibles, y la posibilidad de dar al recién nacido en adopción. Y finalmente, se orientará a la mujer sobre los medios para prevenir embarazos futuros, y el acceso a los mismos.

Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la Ley. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente y libre basada en la voluntad informada de la usuaria.

IVE 4. 4ª consulta con ginecólogo, médico de familia u obstetra partera: SEGUIMIENTO POSTERIOR AL ABORTO. Evaluar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y brindar consejería en anticoncepción y provisión del método elegido.⁷

2. Aspectos específicos de la aplicación de la Ley de IVE en las mujeres privadas de libertad

Las usuarias privadas de libertad que soliciten la IVE deberán cumplir los requisitos y realizar el proceso asistencial ya descripto

Además se tendrán en cuenta los siguientes aspectos específicos:

¿Dónde se realizarán las consultas por IVE: en el ámbito carcelario o en instituciones de salud?

La consulta IVE 1, puede ser realizado por el/la médico/a que asiste a la usuaria en el servicio carcelario de salud o en la institución de salud de la que es usuaria.

Dicho profesional deberá confirmar el embarazo, abrir el formulario IVE, informar a la usuaria sobre el procedimiento previsto en la Ley, solicitar grupo sanguíneo y ecografía ginecológica y coordinar la consulta con el equipo multidisciplinario

La entrevista con el equipo multidisciplinario o IVE 2, podrá realizarse en el ambiente carcelario si está conformado el equipo o en instituciones de salud al igual que la tercer consulta o IVE 3.

No obstante, es importante discutir este punto con las usuarias.

El ámbito carcelario, no escapa a la idealización de la maternidad socialmente legitimada.

7. Cabe aclarar que el seguimiento posterior al proceso de IVE, no está contenido en la Ley, sino en el Manual y Guía Técnica para IVE

Aún más, la maternidad puede ser una situación que aunque no deseada, se acepte en el entendido que genera ciertos “privilegios” o acceso a mejores cuidados o condiciones de vida dentro de los establecimientos de reclusión.

De esta manera, las mujeres que deciden interrumpir el embarazo pueden sentirse desaprobadas por sus pares e incluso violentadas o en riesgo de su integridad física.

Por este motivo es necesario personalizar la decisión sobre cual es el lugar físico más adecuado para llevar a cabo la interrupción del embarazo propiamente dicha.

Como en todos los casos, está dentro de las competencias del ginecólogo/a que realiza la consulta de IVE 3, definir si existen riesgos en las esferas biológica, psicológica o social que justifiquen la institucionalización de la usuaria para realizar el procedimiento bajo supervisión médica. Este mismo ítem es válido a la hora de considerar si en el ambiente carcelario están dadas las condiciones de seguridad y contención necesarias para la realización del aborto.

Para ello es necesario preguntarle a la mujer cuales son las condiciones de reclusión, privacidad, higiene, acceso a asistencia médica si la requiere.

A su vez es importante saber si la mujer ha comunicado su decisión a sus pares y si se siente apoyada por ellas o por el contrario ha recibido comentarios de desaprobación y/o amenazas o piensa que estas situaciones pueden producirse si el aborto se realiza dentro de la cárcel.

Luego de este intercambio y en acuerdo con la mujer el ginecólogo/a actuante decidirá si está indicado el ingreso de la usuaria para realizar la IVE o si la misma se realizará en el centro de reclusión

Registros y confidencialidad en la atención de mujeres privadas de libertad que solicitan la IVE

En todos los casos, incluyendo a las usuarias privadas de libertad, la gestión del proceso de atención por IVE, debe garantizar la privacidad y confidencialidad.

Todos los registros, historia clínica, Formulario IVE, Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado se apoyarán en la identificación exclusiva por documento de identidad.

En caso que la mujer manifieste su deseo que no quede registro alguno en la historia clínica, derecho garantizado en la Ley 18.331, se le explicará que si bien pueden no adjuntarse los registros antedichos en la historia clínica, y no realizarse

registros específicos, los anteriores formularios deberán permanecer en custodia por parte de Registros Médicos de la institución de salud.

La situación de privación de libertad no exime al profesional de la salud de realizar una adecuada consejería y a la usuaria de prestar consentimiento informado por escrito.

Si la usuaria es capaz de consentir, no es ético comunicar sin su autorización, información confidencial a sus familiares o pares, operadores/as carcelarios, custodios/as, jueces u otros actores institucionales.

Dado que las personas privadas de libertad circulan por las instituciones de salud bajo guarda de la custodia policial (quién no forma parte del equipo de salud), deben implementarse estrategias para que dicho personal no acceda a información confidencial si la usuaria no lo ha consentido:

1. Orden de traslado de la usuaria al centro de salud: no debe contener información sensible ni diagnósticos.
2. Registros confidenciales deben ir en sobre cerrado. Ejemplo: solicitud de estudios (ecografía específicamente) dado que contendrá el dato clínico para la realización del estudio. El informe de la ecografía también debe enviarse en sobre cerrado
3. Si el proceso de atención IVE tuvo lugar en una institución de salud y la interrupción se realizará dentro del establecimiento carcelario:

La medicación se deberá dispensar desde farmacia en envase opaco, e ingresar al establecimiento a manos del equipo de salud para que éste se encargue de la dispensación a la usuaria en los tiempos adecuados y de manera privada.

Cabe agregar que la custodia policial no debe presenciar las consultas con el equipo de salud, la realización de la ecografía, etc., ni participar de manera alguna en la decisión de la usuaria.

¿Cómo proceder si la mujer privada de libertad que solicita la IVE no cumple los requisitos previstos en la Ley de IVE?

Si la usuaria cursa un embarazo no deseado, solicita la IVE y no cumple los requisitos contenidos en la Ley, el equipo de salud deberá asesorarla según lo dispuesto en la Ley 18.426, Ordenanza 369/04, brindando asesoramiento integral y contención con el objetivo de disminuir los riesgos y los daños del aborto inseguro. Siempre y en todos los casos deberá respetarse la decisión autónoma de la mujer en situación de privación de libertad

Es recomendable en el caso de las **mujeres extranjeras con menos de un año de residencia**, que se inicie trámite ante juez para habilitar igualmente el proceso de IVE, dadas las particulares condiciones que la privación de libertad implica para buscar alternativas. Se basa en el principio constitucional de igualdad.

7.3. Control del embarazo

Las mujeres privadas de libertad tienen derecho al cuidado y control de su salud, así como también al control del embarazo. El mismo debe realizarse en igual forma, con las mismas características y los mismos derechos, a como se lo realizaría fuera del establecimiento de reclusión.

Es importante diagnosticar el embarazo lo antes posible para poder realizar una **captación precoz** del mismo o sea antes de las 12 semanas. Es recomendable ofrecer a toda mujer privada de libertad que ingrese a una UIPPL, un test rápido o una **BHCG en sangre o en orina**, así como en caso de retraso menstrual o en toda oportunidad que el médico lo considere necesario.

Para llevar adelante un control de embarazo son necesarios recursos humanos, materiales, medicamentos. Se debe disponer de camilla ginecológica, cinta métrica, doptone o estetoscopio Pinard, esfigmomanómetro, balanza, laboratorio de referencia para análisis de paraclínica, materiales para extracción de muestras de sangre y orina, y material para registro de historias clínicas. En el equipo de salud es necesario contar con personal de enfermería, ginecólogo o médico general capacitado específicamente, parteras profesionales, odontólogo, y después los especialistas que sean necesarios según cada caso en particular. Con respecto a la medicación se requiere ácido fólico, hierro en comprimidos; solo en caso de embarazos complicados de alto riesgo se utilizaría antihipertensivos, uteroinhibidores, corticoides para maduración pulmonar fetal, etc.

Dado que la mayoría de los embarazos son de bajo riesgo es recomendable que todos estos recursos estén disponibles en el centro de reclusión para poder realizar un adecuado control de la embarazada en el propio establecimiento, y solo deberían ser trasladadas para realización de ecografías y al momento del nacimiento. En caso de que el ginecólogo tratante realice ecografías obstétricas y ginecológicas es recomendable contar con ecógrafo en el centro de reclusión.

La frecuencia de las consultas aconsejada será en forma mensual hasta las 32 semanas, quincenalmente hasta las 36 semanas y semanalmente hasta el nacimiento, pudiendo variar esta frecuencia acorde a criterios del profesional tratante.

En el primer control se debe realizar una historia clínica completa, con examen físico y ginecológico, para poder diagnosticar patologías o factores de riesgo que aumenten la morbilidad materno perinatal, indagar consumo problemático de sustancias psicoactivas, realizar registro en la historia clínica, confección del registro del SIP y del carnet obstétrico (se entrega a la paciente). Llevar adelante acciones de educación y promoción de salud.

Primeras rutinas del embarazo:

Se debe ofrecer prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la embarazada en

- el primer control,
- entre las 18 y 23 semanas y
- en el tercer trimestre, antes de la semana 32 de gestación

(Ordenanza Ministerial 427/12 y 367/13).

- Se solicitará **ecografía obstétrica** en la primera consulta y se recomienda la realización de **ecografía translucencia nucal** entre las 11 y 14 semanas de gestación.
- **Glicemia, hemograma, grupo sanguíneo y Rh, VDRL, HIV, toxoplasmosis, examen de orina, urocultivo.*** Cuando sea necesario se aplicarán Test rápidos de VIH y Sífilis como tamizaje. En caso de VDRL positivo se deben aplicar los procedimientos correspondientes según la Guía Clínica para la eliminación de sífilis congénita y transmisión vertical de VIH del MSP (MSP, 2013) (Ver anexo 3)
- Se indagará acerca de la vigencia de la **vacuna antitetánica**, en caso de no estar vigente se realizará entre las 26 a 32 semanas. Se brindará particular atención a la **vacuna inyectable anti influenza**, que podrá ser administrada en cualquier trimestre del embarazo. Se vacunará contra la **tos convulsa** a partir de las 20 semanas
- Corroborar vigencia de **colpocitología oncológica**

(MSP, 2014)

* Respecto a la serología para Enfermedad de Chagas, no se solicitará en las mujeres que tengan una constancia de ser negativas con posterioridad al año 1984. A toda mujer que no se le haya investigado la posibilidad de ser positiva, se le solicitará este examen (y no se volverá a solicitarlo en el futuro).

Si es grupo sanguíneo Rh negativo y no está aloinmunizada se debe realizar inmunoglobulina anti-D 120 mcg I/V o 300 gr I/M entre las 28 a 32 semanas.

Se deberá solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la constatación del embarazo.

En cada uno de los controles se realizarán los exámenes clínicos de peso, presión arterial, medición de altura uterina, auscultación de latidos fetales cuando corresponda.

Se recomendará el uso de **suplemento de ácido fólico** de 0,4mg por día desde antes del embarazo hasta las 14 semanas de gestación para prevenir anomalías del tubo neural. Se podría indicar 0,8 por día en mujeres que cuentan con antecedentes de defectos del tubo neural en embarazos previos.

Se indicará 30mg de **hierro elemental** en días alternos para la prevención de anemia.

Valoración del segundo trimestre.

- **Ecografía estructural** entre las 20 y 24 semanas.
- **Ecografía transvaginal** con medición del cérvix, antes de las 25 semanas.
- **Test de Coombs indirecto**; en caso de ser Rh negativa se recomienda realizar a las 20, 24 y 28 semanas (si se usa técnica en tubo y no ha recibido profilaxis en las últimas 8 semanas). En caso de ser **negativo** realizar **inmunoprofilaxis anti-D entre las 28 y 32 semanas**, a dosis de 120 mcg I/V.
- PTOG entre las 24 a 28 semanas, VDRL, HIV, toxoplasmosis (en caso de ser IgG negativo), examen de orina, urocultivo.

Valoración del tercer trimestre.

- Hemograma, glicemia, VDRL, HIV, Ag Hbs, toxoplasmosis (se solicita en caso de ser IgG negativo en primer y segundo semestre), examen de orina, urocultivo, ecografía obstétrica.
- Exudado recto vaginal con búsqueda de estreptococo grupo B entre las 35 y 37 semanas.

En los casos de Diabetes Gestacional se aplicarán los criterios y algoritmos definidos en Anexo 2.

7.3.1 Trabajo de parto y parto

El trabajo de parto y el parto forman parte de la intimidad y de la sexualidad de la mujer. La Ley 18.426 en su artículo 3º, impone la obligación de:

“promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”

En tanto que la ley 17.386 Artículo 1º dispone que:

“Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”

Salvo situaciones excepcionales en las que el equipo de salud considere, en conjunto con el personal de seguridad, que es necesaria la presencia de la custodia policial en la sala de atención al parto, se sugiere **respetar la intimidad y permitir el acompañamiento**, tal como está establecido en las normas legales.

Si es decisión de la mujer, debería **procurarse la presencia del padre** en las instancias en cuestión, aun tratándose de un hombre privado de libertad. En este sentido es recomendable que los responsables de las UIPPL realicen las gestiones pertinentes ante los jueces, y las previsiones del traslado.

Se recomienda que el trabajo que vienen realizando en cárceles de mujeres de Montevideo, las **parteras y doulas** como apoyo a la mujer embarazada privada de libertad, permanezca y se replique a lo largo de todo el país.

7.4. Infecciones de transmisión sexual

En el ámbito penitenciario son de particular importancia los test rápidos para la detección de **sífilis**. Son pruebas treponémicas rápidas cromatográficas con antígenos treponémicos. Tiene alta sensibilidad y especificidad y habilitan a iniciar el tratamiento. (MSP, 2013)

El tratamiento de la sífilis precoz o temprana se realiza con **penicilina G benzatínica 2.4 MUI i/m.** en una sola dosis.

En el caso de las personas alérgicas a la penicilina, **no embarazadas**, la alternativa es la doxiciclina 100 mg v/o c/12 horas, durante 14 días. En el caso de las mujeres

embarazadas, se deben internar, desensibilizar y luego hacer el tratamiento con penicilina benzatínica.

La embarazada con sífilis reciente (menos de un año) debe recibir 2 dosis de 2.4 MUI de penicilina G benzatínica i/m, con 1 semana de intervalo, a cualquier edad gestacional. Si la infección es de más de un año, o de tiempo desconocido se recomiendan 3 dosis con 1 semana de intervalo.

Se recomienda para el control de las ITS la implementación del **encare sindrómico**, que además reduce notablemente la incidencia de la infección por VIH. Se inicia empíricamente (sin necesidad de aislamiento de los gérmenes causantes) en relación al cuadro clínico, la valoración de los factores de riesgo, la epidemiología regional y la conocida sensibilidad de los gérmenes. (Ver Anexo 2)

Para el abordaje específico del VIH en ámbitos de privación de libertad ver el Protocolo de Atención de VIH en el Sistema Penitenciario⁸

7.5. Cáncer génito mamario

El cáncer de mama y de cuello de útero, constituyen relevantes causas de mortalidad por cáncer en las mujeres. La incorporación en la práctica del equipo de salud de intervenciones preventivas vinculadas a los factores de riesgo, es un elemento clave para la disminución de los índices de morbimortalidad⁹

7.5.1. Cáncer de cuello de útero

Se trata de un cáncer que afecta principalmente a las mujeres de mayor vulnerabilidad sanitaria y social; es un elemento de inequidad, afectando los derechos sexuales y reproductivos

La relación de este cáncer con la infección por el Virus de Papiloma Humano (HPV) hace que su comportamiento epidemiológico se asemeje a un Infección de Trasmisión Sexual.

8. Proyecto "Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad" Sector de intervención 3 - "Salud en centros de privación de libertad". Programa de Justicia e Inclusión. OPS. CND. OPP. Unión Europea.

9. Regla de Bangkok n°18. Las reclusas tendrán el mismo acceso que las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud, pertinentes a su género, como pruebas de Papanicolaou y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer.

Prevención del Cáncer de Cuello Uterino

El Uruguay cuenta desde el año 2011, con el primer Plan Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino. Las estrategias implementadas a nivel mundial para la prevención y diagnóstico oportuno se han centrado en la citología cervical (Papanicolaou). En los últimos años se han agregado la vacunación y los test de HPV.

El MSP ha desarrollado la *Guía de Práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello uterino 2014*, con el objetivo de estandarizar la toma de decisiones en identificación de los factores de riesgo para el cáncer de cuello útero. (MSP, 2014)

La **educación sexual y el uso del preservativo** contribuyen a disminuir el riesgo de contraer la infección por HPV, a la vez que también previenen el VIH y la Sífilis.

Las vacunas profilácticas contra los tipos más frecuentes de virus de HPV (16 y 18), producen una protección del 100% de aparición de lesiones precursoras cuando se administran tres dosis recomendadas, a mujeres jóvenes que no han tendido la infección por HPV.

Las **vacunas profilácticas** de la infección por HPV son una herramienta para la prevención primaria, recomendable particularmente en las adolescentes del INISA

La prevención secundaria se realiza a través del uso del **test de Papanicolaou (PAP)** para el tamizaje que identifica las lesiones precursoras subclínicas, la realización de su diagnóstico mediante la **biopsia** dirigida por colposcopia, la confirmación diagnóstica mediante el estudio histológico de la pieza de biopsia y el tratamiento adecuado y oportuno de las lesiones precursoras, evitando la aparición del cáncer invasor.

Acciones preventivas

El test de Papanicolaou se utiliza para la detección oportuna, a la prevención de cáncer de cuello a través de la detección de lesiones premalignas o la **detección** precoz del mismo.

El PAP se indica a todas las mujeres sin factores de riesgo, independientemente del tipo de práctica sexual, entre los **21 y los 69 años**.

Es importante tener presente en el ambiente penitenciario los siguientes factores de riesgo para cáncer de Cuello Uterino:

- Infección por HPV
- Inmunocompromiso (VIH, trasplantadas, en tratamiento con quimioterapia)

- Antecedentes de cáncer de cuello uterino o HSIL
- Tabaquismo
- Tamizaje cervical inadecuado

Se recomienda la realización de las 2 primeras citologías en forma anual y de ser normales, continuar cada **3 años**.

Se excluyen de la frecuencia de cada 3 años y requieren mayor frecuencia de tamizaje: las mujeres inmunodeprimidas, o que alguna vez en la biopsia confirmaron un alto grado de lesiones escamosas intraepiteliales (HSIL), adenocarcinoma in situ (AIS) o cáncer cervical invasivo y las hysterectomizadas. Las pacientes de alto riesgo para desarrollar cáncer de cuello, tienen recomendaciones específicas, que serán individualizadas por indicación médica.

A las mujeres que no han iniciado relaciones sexuales, independientemente de la edad, no se realiza Citología de Papanicolaou, excepto que lo soliciten. (MSP, 2014)

Los técnicos que toman la muestra podrá ser un técnico sanitario debidamente capacitado.

Previo a la realización del test, se deberá realizar consejería, explicar los objetivos y beneficios del procedimiento y obtener el consentimiento informado verbal de la usuaria, mantener la privacidad y confidencialidad, y asegurarse de contar con todos los insumos necesarios previo a la toma. Un técnico sanitario debidamente capacitado puede tomar la muestra.

La conducta a seguir en una paciente con informe citológico anormal será según pauta vigente del MSP (MSP, 2014). (Anexo 4)

7.5.2. Cáncer de Mama

En Uruguay 1 de cada 10 mujeres podrían desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres

Factores de riesgo de cáncer de mama

Existen diferentes tipos de factores de riesgo, algunos no se pueden modificar como el sexo y la edad, pero hay otros que es posible modificar ya que se relacionan con los estilos de vida y condiciones sociales.

El riesgo está vinculado a factores de riesgo hormonales del sexo femenino y aumenta con la edad.

Haber tenido cáncer de mama representa un riesgo mayor de padecer la enfermedad contra lateral o en la mama remanente.

Sólo el 1% de los cánceres de mama ocurren en el sexo masculino

El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama, es mayor si **su madre, hermana o hija, tuvo cáncer de mama, sobre todo antes de los 40 años**. El antecedente DEBE SER EXPLORADO SISTEMATICAMENTE EN LA ANAMNESIS

La presencia de lesiones precursoras de la mama, hiperplasia atípica y carcinoma in situ (CLIS o CDIS) aumenta el riesgo de cáncer de mama.

El 5% al 10% de los cánceres de mama tienen predisposición genética vinculada a mutaciones en los genes BRCA1, BRCA2 y otros.

Se identifican **antecedentes gineco-obstétricos**, vinculados al tenor hormonal (MSP, 2008):

- Primiparidad tardía (después de los 30 años)
- Menarca precoz (antes de los 12 años)
- Menopausia tardía (después de los 55 años)
- Nuliparidad

Durante la consulta, el profesional de la salud realizará preguntas, un **examen clínico de las mamas** e indicará los estudios que correspondan según edad, antecedentes familiares y lo que haya surgido durante el examen.

Fomentar el autoexamen de las mamas de manera sistemática todos los meses y siguiendo un procedimiento específico. Es importante que cada mujer sepa cómo se ven y se sienten sus mamas normalmente, esto le permitirá detectar con mayor facilidad los cambios y acudir inmediatamente al médico

Para la mamografía el tamizaje se realizará en las mujeres entre **cincuenta y sesenta y nueve años, con una frecuencia** bianual cuando los estudios son normales.

Los datos o resultados de los exámenes mencionados que surjan de los exámenes preventivos, deberán ser puestos en conocimiento de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en el formulario tipo que a tales efectos se suministrará desde SAI-PPL o desde Sanidad Policial.

7.6. Diversidad sexual

Las personas son diversas. Las diferentes formas en las que aman y se relacionan sexualmente es lo que se denomina “diversidad sexual”, señalando a la sexualidad como una dimensión constitutiva del ser humano, de la que se debe garantizar su ejercicio libre, pleno y seguro. (MSP, 2009). En los ámbitos de privación de libertad deben tomarse los resguardos para que el ejercicio de diversas formas de sexualidad se pueda realizar sin coerción ni violencia, y generar las condiciones para que no sean motivo de discriminación.

7.7. Violencia sexual

Se denomina violencia sexual cuando se obliga a una persona a tener contacto sexual en contra de su voluntad y sin respetar sus deseos y sentimientos.

En el caso de las mujeres privadas de libertad que hayan sufrido abuso sexual, en particular las que hayan quedado embarazadas, deberán recibir asesoramiento y orientación médicos apropiados, y se les prestará la atención de salud física y mental, así como el apoyo y la asistencia jurídica necesarios.¹⁰

Se deberán evitar las situaciones que propicien la violencia sexual tanto entre varones como entre mujeres, así como entre diferentes grupos de la población que forma parte o transita por los centros penitenciarios: PPL, visitantes, operadores, vigilantes.

Cuando los integrantes del equipo de salud constaten situaciones de personas víctimas de relaciones sexuales forzadas en el ámbito penitenciario, adultos o adolescentes, deberán aplicar el algoritmo de intervenciones que se presenta en el **Anexo 5**.

Realizarán los ajustes pertinentes según la víctima sea varón o mujer.

7.8. Explotación sexual

Se deberá procurar prevenir situaciones de explotación sexual comercial o no comercial en privación de libertad. Se debe trabajar en el sentido de sensibilizar al respecto a operadores penitenciarios y equipos de salud para el registro de situaciones de riesgo que puedan generarse.

10. Regla de Bangkok n° 25.

8. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

| UNIDADES DE REGÍMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD: |
|---|
| UIPPL Nº 3 "LIBERTAD" |
| UIPPL Nº 4 "SANTIAGO VÁZQUEZ" |
| UIPPL Nº 5 "FEMENINO" |
| UIPPL Nº 6 "PUNTA DE RIELES" |
| UIPPL Nº 7 "CANELONES" |
| UIPPL Nº 8 "DOMINGO ARENA" |
| UIPPL Nº 9 "EL MOLINO" |
| UIPPL Nº 12 "CERRO CARANCHO" (RIVERA) |
| UIPPL Nº 13 "LAS ROSAS" (MALDONADO) |
| UIPPL Nº 24 "PENSE" (SORIANO) |
| UNIDADES DE REGÍMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA: |
| UIPPL Nº 10 "JUAN SOLER" |
| UIPPL Nº 11 "TACUABÉ" |
| UIPPL Nº 14 "PIEDRA DE LOS INDIOS" |
| UIPPL Nº 15 "CONVENTOS" (CERRO LARGO) |
| UIPPL Nº 16 " PAYSANDÚ" |
| UIPPL Nº 17 "CAMPANERO" (LAVALLEJA) |
| UIPPL Nº 18 DURAZNO |
| UIPPL Nº 19 "LAS CAÑITAS" (RÍO NEGRO) |
| UIPPL Nº20 SALTO |
| UIPPL Nº 21 ARTIGAS |
| UIPPL Nº 22 ROCHA |
| UIPPL Nº 23 TREINTA Y TRES |
| UIPPL Nº 25 FLORES |
| UIPPL Nº 26 TACUAREMBÓ |
| UIPPL Nº 27 "PINTADO GRANDE" (ARTIGAS) |
| UIPPL Nº 28 "PASO ATAQUE" (RIVERA) |
| UIPPL Nº 29 FLORIDA |
| UNIDADES QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR NACIONAL |
| UIPPL Nº2 "CENTRO 2" CHACRA DE LIBERTAD Y DE CANELONES. |
| Actualizado a diciembre 2015 |

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

| |
|--|
| CENTROS DE INGRESO |
| C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino) |
| C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio) |
| CENTROS DE MONTEVIDEO |
| C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación) |
| COLIBRI |
| C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRIIL) |
| Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación) |
| PASO A PASO |
| DESAFIO |
| RIFLEROS |
| CENTRO DETENCIÓN FEMENINO |
| REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD |
| CIMARRONES |
| CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO |
| M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO) |
| LAS PIEDRAS |
| SARANDI |
| ITUZAINGO |
| ARIEL |
| CERRITO |
| GRANJA |
| EL HORNERO |
| Actualizado a abril 2016 |

9. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

| N° Versión <i>Número de versión cambiada</i> | Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i> | Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i> |
|--|---|---|
| | | |
| | | |

10. BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, January 2013.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines for pregnant women. CDC. 2006. En: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/specialpops1>.
3. Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. ALAD. La Habana, Cuba, 2007. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/DIABETES%20EMBARAZO.pdf>.
4. Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>
5. Fulco G. Documento de Consulta sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad. Ministerio Del Interior. Asesoría Penitenciaria. Montevideo. 2011. Disponible en: https://inr.minterior.gub.uy/images/web/Llamados/Material/Psicologos/la_ruta_2-3sinvictimas.pdf
6. Global Forum for Health Research. PNUD, UNFPA, WHO, World Bank “Aspectos de la investigación sobre la SSR en países con ingresos bajos e intermedios”. Beijing. 2007
7. González, A.C. El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe. UNFPA. Uruguay. 2007. En: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/EI%20UNFPA%20y%20los%20Procesos%20de%20Cambio%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud%20-.pdf>
8. Gutmann, M C, 1999. “Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad”. En: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v5n10/0104-7183-ha-5-10-0245.pdf>
9. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con float y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Revision Cochreane traducida). En: La Biblioteca Cochreane Plus, 2006 N°4.
10. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud Programa Nacional de Control del Cáncer. Manual de Oncología para el Primer Nivel de Atención. MSP. 2008. En: <http://www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/destacados/manualdeoncologia.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual. MSP. UNFPA. Uruguay. 2009. En: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2009-Diversidad-Sexual.pdf>
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y Transmisión Vertical del HIV. MSP. UNFPA. UNICEF. ONUSIDA. Uruguay. 2013. En: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP%20-%20GUIA%20TV%20.pdf

13. Ministerio de Salud Pública. Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. “Manual Logístico y de Procedimiento de Entrega de Preservativos y otros Métodos Anticonceptivos”. MSP. RIEPS. PRISMA. UNFPA. Montevideo. 2013. En: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20operativo%20Administrativa%20Logistica%20insumos%20SSYSR.pdf.pdf
14. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la Atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio. Programa de Salud Integral de la Mujer. MSP- UNFPA. Uruguay, 2014. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino. MSP. 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20cuello%20uterino%20MSP%202014_1.pdf
16. Morales AM, Muñoz N. La seguridad ciudadana en América Latina. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social Número 39. Septiembre de 2013. Buenos Aires. República Argentina. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf
17. Mujer y Salud en Uruguay. Construyendo ciudadanía. Resultado del 1er Congreso Nacional de Personas Trans. Lo que las personas Trans queremos. UTRU. MYSU. Proyecto “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”. Montevideo. 2013. En: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-folleto-lo-que-las-personas-trans-queremos.pdf>
18. Normas Técnicas y administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad. Ministerio de Salud. Panamá. 2009
19. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena. Medidas privativas y no privativas de la libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Naciones Unidas. UNODC. Nueva York, 2010
20. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok). Naciones Unidas. UNODC. 2011. En: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf
21. Ordenanza Enfermedad Hemolítica Perinatal. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica fetoneonatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti d. MSP, 2011. En: Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la Atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio. Programa de Salud Integral de la Mujer. MSP- UNFPA. Uruguay, 2014 Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración y el Programa de Acción de Viena. 1993. En: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>

23. Organización de las Naciones Unidas. Reglas de Beijing para la Administración de la Justicia de Menores. ONU. 1985. En: <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/convreglbeijing-985.htm>
24. Organización de las Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2004/49. 2004. En: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/9_informes/Otros/45.pdf
25. Organización de los Estados Americanos. Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Costa Rica. 1969. En: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Declaración Promoción de Salud. OPS/OMS. Canadá, 1986.
27. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe". Serie PALTEX, N° 41. Canadá.1999.
28. Pena Rosas JP, De Regil LM, Dowswell T, Viteri FE, Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12
29. Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. USAID - Jhon Hopkins Bloomberg School of Public Health - WHO. 2011
30. Ramsey M, James D, Steer P, Weiner C, Gornik B. Normal Values in pregnancy. 2nd ed. London: WB Saunders; 2000.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2003.
32. Secretaria Nacional de Drogas. "Abordaje del uso problemático de drogas en varones privados de libertad: Un Modelo Posible". SND – JND. Diciembre 2011. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/modelo_posible_hombres.pdf
33. Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel. Debates Penitenciarios N° 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf
34. Villar J, Khan-Neelofur D, Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003.
35. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. WHO, Geneva, 2006. En: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

11. ANEXOS

Anexo 1. Glosario

Hombres que tienen sexo con hombres: Este concepto describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

Homofobia: rechazo, aversión o temor irracional y patológico hacia personas gays y lesbianas, a la homosexualidad o a sus manifestaciones. A menudo va acompañada de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias hacia los homosexuales y/o la homosexualidad.

Homosexual: Persona que siente atracción afectiva y sexual hacia personas de su mismo sexo. Esto es, una mujer que se siente atraída por mujeres (lesbiana); o un varón que siente atracción por los varones (gay).

Identidad de género: Experiencia interna e individual que cada persona siente con respecto al género que puede corresponderse o no con el sexo biológico de nacimiento. El término hace referencia tanto al sentimiento que la persona experimenta con respecto a su cuerpo (sentimiento que podría implicar la modificación de su apariencia o funciones a través de intervenciones médicas o quirúrgicas), como a cualquier otra expresión del género: vestimenta, habla, o empleo de gestos específicos. La identidad de género responde a un auto identificación y no al señalamiento de otras personas.

Intersexual: es la persona que presenta de forma simultánea características biológicas masculinas y femeninas (características sexuales primarias y secundarias)

Lesbiana: Mujer cuyo objeto de deseo o afecto son otras mujeres. Dado que el término refiere tanto a la identidad como a la cultura, es más amplio que el término homosexual.

Orientación sexual: atracción emocional, afectiva y sexual que hace que cada persona tenga el deseo de intimar y tener relaciones sexuales con personas del mismo

sexo, del sexo contrario o ambos. El término hace referencia a los sentimientos de una persona y al objeto hacia el que están enfocados sus deseos. Para la mayoría de las personas, la orientación sexual se define en la infancia-adolescencia sin necesariamente pasar por una experiencia sexual. A veces esta orientación se fija como definitiva, en otras ocasiones va cambiando y modificándose a lo largo de la vida de la persona. La orientación sexual no es una opción y, por lo tanto, no puede ser escogida ni cambiada a voluntad. La orientación sexual se diferencia del sexo biológico (definido por genitales, gónadas, cromosomas, hormonas), la identidad de género y las prácticas (o conductas) sexuales. Es importante aclarar que no es necesario tener experiencia sexual para identificarse con cualquiera de las orientaciones sexuales identificables: heterosexual, bisexual u homosexual.

Transexual: Persona que nace con un sexo biológico con el que no se siente identificada. Por ejemplo, una persona que nace con genitales y características físicas de mujer pero que psicológicamente se siente varón, o a la inversa. Es importante diferenciar la orientación sexual de la identidad de género. Las personas transexuales pueden ser, a su vez, tanto heterosexuales como homosexuales o bisexuales. Se debe tomar como referencia el destino y no el origen para nombrar a la persona transexual, se usa el masculino si la transformación es de mujer a varón, o el femenino si es de varón a mujer. El proceso mediante el cual se reasigna el sexo de nacimiento por más acorde con la identidad de género se realiza con ayuda de hormonas y, en algunos casos, también de cirugía.

Transfobia: Aversión, rechazo o temor a las personas transexuales, a la transexualidad o a sus manifestaciones. Este rechazo puede deberse a que la transexualidad afecta a uno de los más grandes tabúes: la transgresión de los roles de género y de lo socialmente establecido en cuanto a la identidad de género. Muy frecuentemente el rechazo es a través de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia las personas trans.

Transgénero: se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Los transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). Es adecuado llamarlos por «él» o «ella» atendiendo a su identidad de género; es decir, al género que representan y no a su sexo biológico. La persona transgénero no desea un cambio de reasignación de sexo ni necesariamente modificaciones corporales por uso de hormonas u otros tratamientos.

Travesti: voz en desuso. Actualmente puede ser considerada ofensiva. Es utilizada para nombrar a las personas que por momentos exhiben signos y comportamientos

de género que coinciden con su sexo biológico y en otros momentos exhiben comportamientos de género (ropa, maquillaje, joyas, etc) que no coincide con su sexo biológico. El término más contemporáneo es la palabra inglesa crossdresser. También se utiliza para referirse a las personas que disfrutan o se divierten vistiendo ropas tradicionalmente asociadas al sexo opuesto. Por ejemplo, los varones que se visten de mujer en carnaval.

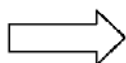
Transformista: Aquella persona que se viste del sexo contrario para desarrollar una actividad de trabajo o de interpretación.

Anexo 2. Criterios de atención de Diabetes Gestacional

De acuerdo a los nuevos criterios diagnósticos de Diabetes Gestacional, según Guía del MSP 12/2014, se plantea el siguiente algoritmo de seguimiento:

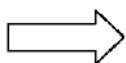
Situación A:

1er GLUCEMIA de ayuno
en la embarazada
92 A 100 mg/dl



Diag. Diabetes Gestacional

Ginecólogo
MFyC
Partera



Consulta con Nutricionista y Endocrinólogo
(en los 7 a 15 días siguientes)

A los 15 días de iniciado el plan de alimentación debe realizarse control en enfermería con glicemia capilar en el servicio de salud más conveniente según la localidad donde se ubica la UIPPL

- Glucemia capilar en ayunas (El objetivo deseable es que la glicemia sea < 95 mg/dl)
- Glucemia capilar 1 hora post desayuno (objetivo deseable < 140 mg/dl)

Si las glucemias capilares están en el rango objetivo: continúa control con técnico tratante y realiza controles de glucemia periódicos (cada 15 días) y control con Endocrinólogo al menos 1 visita por trimestre.

---Si presenta una de las siguientes situaciones:

- glucemias iniciales de 101 - 126 mg/dl
- progreso ponderal (fuera de rango)
- monitoreo glucémico fuera de objetivo

--- Consulta con Endocrinólogo en un plazo de 7 a 10 días.

Entrega de glucómetro para monitoreo glucémico en la celda, indicar frecuencia según criterio médico y agendar para siguiente consulta (debe quedar anotada para siguiente control antes de retirarse del centro asistencial).

Si logra objetivos glucémicos y no presenta otras comorbilidades sigue su control con ginecólogo, partera o médico tratante.

En Montevideo y la zona metropolitana, la PPL embarazada se deriva a CONSULTA en el 3er Nivel de Atención a POLICLÍNICA DE DIABETES Y EMBARAZO DE HPR si presenta una de las siguientes:

- 1) Si tiene Diabetes pre gestacional.
- 2) Si tiene una glucemia al inicio del embarazo > o igual a 126 mg/ dl.
- 3) Si requiere insulinización.
- 4) Si agrega comorbilidades.

Se deberá mantener la atención e insulinizar si lo requiere hasta que la usuaria sea atendida en la policlínica de diabetes del HPR, o en el Hospital de referencia en el interior del país.

Situación B:

Si la usuaria tiene una glucemia normal al inicio del embarazo, sigue las pautas de seguimiento y diagnóstico habituales realizando CTOG de tres puntos (Basal 92mg/dl, 1 hora 180 mg/dl y 2 horas 153 mg/dl, según las nuevas pautas diagnósticas) entre las 24 y 28 sem. de gestación.

Si se observan valores mayores a los señalados, se inician los procedimientos de la SITUACION A según el valor obtenido de glicemia

El Equipo de salud determinará las acciones para facilitar el acceso de la usuaria embarazada a las consultas y prestaciones que ella requiera.

Situación C:

Si glicemia en primer trimestre y CTOG son normales, pero aparecen glicemias patológicas en tercera rutina:

Conducta igual a primer trimestre pero con derivación a Endocrinólogo ante el diagnóstico.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DE LA CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (CTOG)

Esta prueba se utiliza en el diagnóstico de Diabetes Mellitus y de otras patologías relacionadas al metabolismo glucídico.

MATERIAL

- Tubos para glicemia (tapa naranja o gris, anticoagulante: fluoruro de sodio).
- Glucómetro y tiras reactivas para dosificación de glicemia basal.
- Solución preparada de glucosa acorde a las pautas vigentes

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Los tres días previos al estudio debe realizar dieta normal, sin restricción de azúcares o harinas.
- Debe concurrir al lugar de extracción de muestras con 8 hs. de ayuno.
- Informar al paciente que deberá permanecer 2 hs. en el servicio médico y que durante la realización de la prueba debe permanecer sentado, en reposo, sin ingerir alimentos o caramelos, sin masticar chicle, sin fumar, sin tomar mate (todos estos factores pueden afectar los niveles de glucosa).
- Luego de la prueba la paciente puede beber y comer con normalidad

TOMA DE MUESTRAS

CTOG EMBARAZADAS - (glicemia basal, 60 min y 120 min)

- La prueba debe comenzar en lo posible entre las 7 y las 9 de la mañana, (esto se explica por las variaciones cíclicas que sufre la secreción de insulina, que muestra mayores concentraciones en la mañana y al final de la tarde con un descenso al mediodía).
 - Realizar la extracción de sangre venosa en ayunas. Identificar en el tubo de glicemia que la muestra corresponde a la toma en ayunas (basal).
 - Utilizar 1 gota de la sangre de la jeringa de extracción para realizar la glicemia por tira reactiva.
 - Registrar el resultado de glicemia en la planilla.
- Administrar la carga de glucosa si:
 - o Mujer embarazada con glicemia por tira reactiva menor o igual a 100 mg/dL
 - o Por encima de este valor no administrar la carga de glucosa. (se suspende la prueba).
- Indicar al paciente que debe ingerir la solución de glucosa en menos de 10 minutos.

Si la paciente vomita o no puede ingerir el total de la solución de glucosa la prueba debe suspenderse.

- Obtener segunda muestra a los 60 minutos (identificar el tubo como *"muestra a los 60min"*.)
- Obtener tercera muestra a los 120 minutos. (identificar el tubo como *"muestra a los 120 min"*.)

Anexo 3. Encare Sindrómico de las ITS.¹¹

ITS: PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

En usuarios/as que se presentan en el control o consulta con síntomas y/o signos de una ITS, se recomienda:

- Establecer un diagnóstico sindrómico
- Realizar toma de muestras, de acuerdo a los recursos disponibles
- Realizar tratamiento según síndrome
- Reevaluar respuesta terapéutica en una nueva consulta y ajustar tratamiento según resultado de exámenes
- Si no hubo respuesta terapéutica y no se realizó encuesta etiológica, derivar a servicio con capacidades para realizar esta búsqueda

| Síndrome Clínico | Patologías asociadas | Agentes etiológicos |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Descarga uretral | Uretritis | <ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • Mycoplasma • Ureaplasma urealyticum • Otros |
| Descarga vaginal | Cervicitis muco purulenta | <ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis. • Candida albicans • Tricomonas vaginalis |
| | Vulvovaginitis | |
| | Vaginosis bacteriana | <ul style="list-style-type: none"> • Bacterias asociadas a la VB • Otros |
| Dolor abdominal bajo | Enfermedad pélvica inflamatoria aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • Otros |
| Lesiones ulcerativas | Herpes | <ul style="list-style-type: none"> • Virus herpes simple tipo 1 y 2 (VHS-1, VHS-2) |
| | Sífilis | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Treponema pallidum</i> |
| | Chancroide | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Haemophilus ducreyi</i> |
| | Linfogranuloma venéreo | <ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia L1, L2 y L3 |
| Lesiones vegetantes genitales | Condiloma acuminado | <ul style="list-style-type: none"> • Virus Papiloma Humano (VPH) |
| | Condiloma plano sifilítico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Treponema pallidum</i> |
| | Molusco contagioso | <ul style="list-style-type: none"> • Poxvirus |

11. Extraído de Guías de ITS del MSP

SÍNDROMES DE SECRECIÓN

A) Úlcera genital

B) Secreción

1. Síndrome de uretritis
2. Síndrome de flujo vaginal
 - i. Cervicitis
 - ii. Vaginosis bacteriana
 - iii. Vulvovaginitis

A) Úlcera genital

Se presenta en ambos sexos

Los posibles diagnósticos son:

- Sífilis
- Herpes genital
- Linfogramuloma venéreo
- Chancro blando

Las causas más frecuentes en nuestro medio son la Sífilis y el Herpes genital, cada uno de ellos presentan características diferentes, siendo raras las restantes etiologías.

De persistir síntomas a los 7 días o acompañado de adenitis supurativa ampliar tratamiento para cubrir LGV y/o chancroide a:

Doxiciclina 100mg vo c/12hs + Azitromicina 1g vo dosis única

Agentes etiológicos, clínica y tratamiento del síndrome de úlcera.

| ITS | Agente etiológico | Clínica | Paraclínica | Tratamiento |
|---------|--------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| Sífilis | Treponema Pallidum | Primaria: Úlcera indolora de bordes sobreelevados y fondo limpio e indurado (chancro). Adenopatías satélites, móviles, múltiples, indoloras. Secundaria: lesiones maculo papulares cutáneo mucosas. Adenomegalias generalizadas. Síntomas sistémicos. Terciaria: Gomas | Ref. Cap. Sífilis diagnostico | Ref. capítulo Sífilis Tabla 3 |

| | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|---|--|
| Herpes simple | VHS 1 y 2 | Vesículas o úlceras Síntomas sistémicos. | Ref. Cap. Herpes genital Diagnostico (Tabla 1) | Aciclovir 200 mg v/o 5 veces al día durante 7- 10 días 400 mg 3 veces al día 7 – 10 días Valaciclovir 500 mg / 1g 2 veces al día 7-10 días |
| Linfo Granuloma venéreo | Chlamydia Trachomatis (L1, L2, L3) | Inicial: úlcera indolora, blanda pequeña y transitoria (cura sin secuelas) Secundario: adenopatía regional, unilateral, dolorosa que se acompaña de periadenitis, la piel se torna rojo violácea y drena por trayectos fistulosos múltiples Síntomas sistémicos Terciario: secuelas fibrosas y alteración drenaje linfático | Exclusión | Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 21 días Eritromicina 500 mg cada 6 hs por 21 días. Igual tratamiento de contacto sexual |
| Chancro blando | Haemophilus ducreyi | úlceras de base no indurada, dolorosa, circunscripta con bordes esfumados, que sangra fácilmente, acompañada de adenomegalias inguinales, únicas o múltiples también dolorosas | Contacto epidemiológico Gram cocobacilos gram negativos PCR de material aspirado de adenomegalias | Azitromicina 1g dosis única o Ceftriaxona 250 mg i/m dosis única o Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 3 días. Igual tratamiento a contactos sexuales |

B) Secreción uretral

Se presenta en ambos sexos. Las etiologías más frecuentes son:

En el hombre:

- *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Un 10% – 20% de los casos se deben a *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*. Menos frecuentes aún son: *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, Papovavirus, VHS, Adenovirus, Haemophilus spp, bacteroides y otros no identificados

La presentación clínica es de una uretritis y más raramente epididimitis

En la mujer:

- *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*

Puede presentarse como cervicitis, flujo

Clásicamente se clasifican como uretritis gonococcica o no gonococcica dada la frecuencia de este germen como agente causal.

Los síndromes de secreción donde lo característico es la presencia de secreción pueden clasificarse:

- I. En varones: síndrome de uretritis
- II. En mujeres: Síndrome de flujo vaginal, que puede corresponder a:
 - a. Cervicitis
 - b. Vaginosis bacteriana
 - c. Vulvovaginitis

I. SÍNDROME DE URETRITIS (varones)

Las uretritis pueden clasificarse por su etiología en gonococcicas (UG) o no gonococcicas (UNG). En este segundo caso los agentes causales por orden de frecuencia son: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* (muy raros: virus herpes simple, coliformes en varones con sexo anal, levaduras, otros)

Presentación clínica

Corrimiento uretral con o sin disuria y aumento de frecuencia miccional

Otras manifestaciones clínicas de infección gonocócica

- o Proctitis: puede ser asintomática o con secreción, irritación y dolor
- o Faringitis: odinofagia, exudado mucopurulento y adenopatías
- o Conjuntivitis: edema de párpados, quemosis y secreción purulenta

TRATAMIENTO

Manejo sindrómico de uretritis.

| | |
|------------------------------------|---|
| De elección | Ceftriaxona 250mg i/m 1 dosis + Azitromicina 2g v/o 1 dosis |
| Uretritis o cervicitis persistente | Metronidazol 2g v/o 1 dosis Aciclovir 800mg c/8hs por 7 días |

Etiologías de uretritis, orientación diagnóstica y tratamiento.

| Uretritis | Diagnóstico | Tratamiento |
|----------------------------------|---|--|
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | Gram: abundantes polimorfonucleares, piocitos y diplococos gram negativos en forma de granos de café intra y extracelulares Cultivo: exigentes Tayer Martin PCR | Ceftriaxona 250 mg i/m dosis única + azitromicina 1 g v/o dosis única Tratamiento contacto sexual |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | Directo con coloración de Giemsa se tiñe cuerpo de inclusión del parásito. PCR | Azitromicina 1 g dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 7 días. |
| <i>Ureaplasmas y Mycoplasmas</i> | PCR | Tratamiento contacto sexual Azitromicina 1 g dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 7 días. |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | Directos (visualización del parásito) y Test rápido (serológico) | Tratamiento contacto sexual Metronidazol 2 g dosis única Tratamiento de contacto sexual |
| <i>Candida albicans</i> | Levaduras con o sin pseudomicelios en directo o gram Cultivo en agar dextrosa o Sabouraud | Fluconazol 150 mg dosis única. Tratamiento de contacto sexual solo si presenta síntomas. |

II. SINDROME DE FLUJO VAGINAL

Los agentes etiológicos pueden ser múltiples y pueden generar cervicitis, vaginitis, vaginosis y vulvitis.

a) Cervicitis

Las cervicitis, al igual que en varones, pueden clasificarse por su etiología en gonococcicas (UG) o no gonococcicas (UNG).

Hasta un 50% la infección es asintomática

Disuria y descarga vaginal, que al examen se visualiza procedente del cuello. Puede extenderse y provocar: salpingitis, endometritis, peritonitis pélvica.

Al igual que en varones pueden existir presentaciones extra-genitales.

Los agentes etiológicos involucrados pueden ser: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, papovavirus y VHS, frecuentemente asociados.

b) Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome frecuente caracterizado por la presencia de flujo maloliente, prurito e irritación vulvovaginal, no siempre vinculado a transmisión sexual, que puede conducir a enfermedad inflamatoria pélvica.

Los agentes etiológicos involucrados son: bacterias anaerobias (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* sp, *Ureaplasma*, *Mycoplasma*).

c) Vulvovaginitis

Caracterizada por irritación y prurito vulvo vaginal. Flujo blanco grumoso

Candida albicans y otras especies de candida y *T. vaginalis*

Exámenes para estudio etiológico de flujo

En flujo de fondo de vagina con observación microscópica al estado fresco (gota de secreción entre lámina y laminilla) se puede observar Trichomonas con movilidad típica, lo que hace el diagnóstico de infección

El examen genital con colocación de espéculo, puede ayudar a diferenciar VB y Trichomoniasis de cervicitis. En la cervicitis se observará secreción procedente del cuello.

Es conveniente realizar estudio de las secreciones fondo vaginal:

- o Medir el pH, si es mayor a 4.5 es característico de VB
- o Examen microscópico con solución salina al 0.9%:
 - visualización de PMN sin microorganismos: no VB, no Trichomoniasis
 - visualización de microorganismos típicos de VB y células guía: VB
 - visualización de levaduras con pseudomicelio: candidiasis
 - visualización de trofozoitos con movilidad característica: Trichomoniasis
- o Examen en segunda muestra con KOH al 10%. Olor característico a aminas cuaternarias (olor a pescado): VB o trichomoniasis

Si se visualiza secreción endocervical:

- o Estudio de ácidos nucleicos (PCR) en orina para *chlamydia*, *mycoplasma* y gonococo o en exudado endocervical
- o Examen de secreción endocervical con tinción de Gram para visualización de diplococo Gram negativos intracelulares y cultivo para gonococo
- o Si se dispone: test de ELISA para gonococo en secreción
- o Si hay falla al tratamiento: cultivo para gonococo en secreción endocervical (y en secreción rectal si hay síntomas)

TRATAMIENTO

Manejo sintromico de flujo.

| | |
|-------------|--|
| De elección | Ceftriaxona 250mg i/m 1 dosis + Azitromicina 2g v/o 1 dosis + Metronidazol 2g v/o 1 dosis (o 500mg c/12hs por 7 días) |
| Alternativa | Levofloxacin 500mg v/o día por 7 días + Metronidazol 500mg v/o c/12hs por 7 días |
| | Levofloxacin 250mg v/o 1 dosis + Azitromicina 2g v/o 1 dosis + Metronidazol 500mg v/o c/12hs por 7 días |

Etiologías de vulvovaginitis, vaginosis y cervicitis,
orientación diagnóstica y tratamiento.

| | | Clínica | Diagnóstico | Tratamiento |
|----------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| Vulvo- Vaginitis | Candida | Irritación y prurito vulvo vaginal Flujo blanco grumoso | Directo, gram o cultivo Levaduras | Miconazol, ketoconazol, itraconazol ovulos y/o crema tópica a nivel vulvar No es necesario tratamiento de contacto sexual |
| | Trichomona vaginalis | Flujo amarillento homogéneo acuoso, aireado y maloliente | Directo Pruebas rápidas | Metronidazol 2 g dosis única Tratamiento de contacto sexual |
| Vaginosis bacteriana | Gardenella vaginalis y anaerobios | Flujo blanco o grisáceo homogéneo maloliente | Ph > a 4.5 Directo células en "clava" escasos PMN | Metronidazol 500 mg cada 12 hs por 7 días No es necesario tratamiento de contacto sexual |
| | Mycoplasmas | | | Azitromicina 1 g dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 7 días |
| Cervicitis | Neisseria gonorrhoeae | Flujo blanco cremoso o amarillento, sin olor ni irritación vaginal ni cervical | Ver cuadro anterior | Ceftriaxona 250 mg i/m dosis única + azitromicina 1 g v/o dosis única Tratamiento contacto sexual |
| | Chlamydia trachomatis | Flujo blanco mucoso homogéneo, cuello congestivo edematoso con ectropión que sangra al contacto (aframbuesado) | Ver cuadro anterior | Azitromicina 1 g dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 7 días. Tratamiento contacto sexual |
| | VHS y papovavirus | Vesículas Lesiones ulceradas Síntomas sistemicos | | Ver cuadro |

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*. Las etapas de la sífilis y su correlación con el resultado de las pruebas no treponémicas (PNT) pueden representarse de la siguiente manera:

| 1-30 días | 30 días a 1-2 años | | | Mayor a 2 años | |
|------------|--------------------|---------------|----------------|----------------|-------------|
| Incubación | S. primaria | S. secundaria | Latente precoz | Latente tardía | Terciaria |
| PNT (-) | PNT (+ o -) | PNT (+) | PNT (+) | PNT (+) | PNT (+ o -) |

PNT: prueba no treponémica

A efectos de considerar manejo sintomático se reconocen el síndrome de úlcera genital (sífilis primaria: chancro) y el síndrome de lesiones vegetantes (sífilis secundaria: condilomas planos).

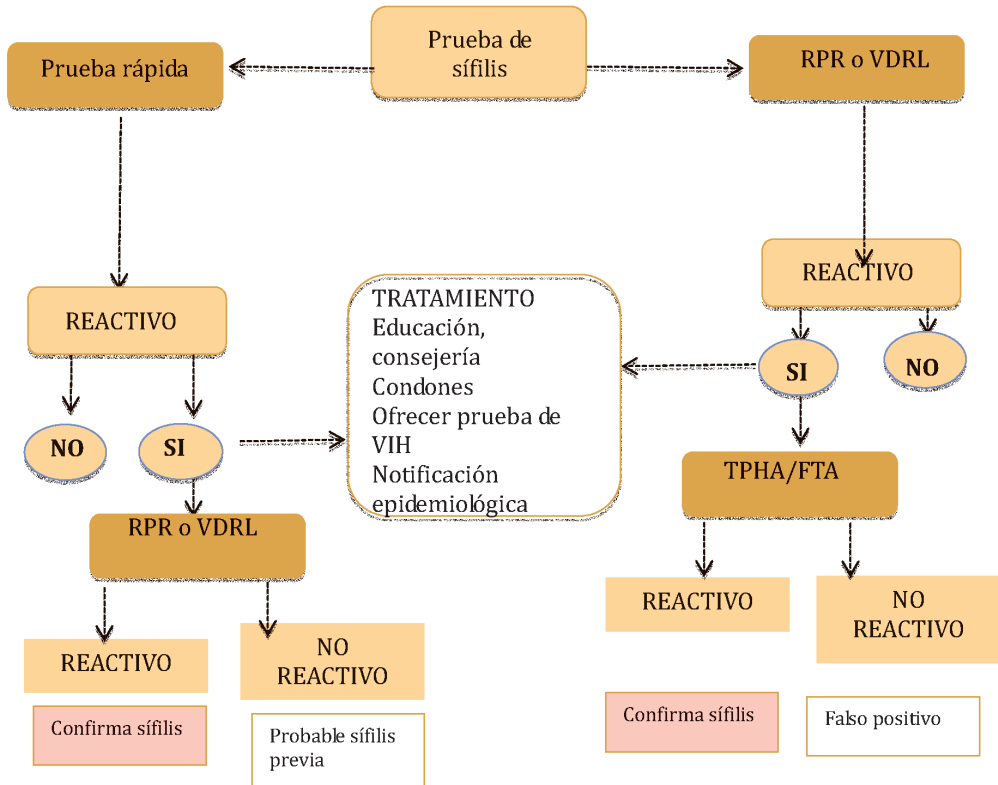
Abordaje del síndrome de úlcera genital con sospecha de sífilis primaria.

En presencia de una lesión típica de chancro – úlcera única, fondo limpio, bordes sobre elevados, indolora con o sin adenopatía satélite – se recomienda:

- o Tratamiento inmediato de acuerdo a esta etapa
- o Realizar prueba serológica (en el mismo acto, si no es posible coordinar extracción)
 - Prueba rápida: sin antecedentes de sífilis
 - PNT (RPR o VDRL)
- o En esta etapa inicial las pruebas pueden ser negativas o PNT reactivas con títulos bajos

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

A continuación se presenta el algoritmo de las pautas nacionales de sífilis:



Seguimiento: repetir la misma técnica (RPR o VDRL) a los 3, 6 y 12 meses

- No descenso: descartar reinfección; descartar compromiso de SNC. En personas con VIH el descenso de títulos es más lento
- Aumento: reinfección

Tratamiento de la sífilis según etapas.

| Etapa de la sífilis | Tratamiento de elección | Tratamiento alternativo |
|--|---|---|
| Primaria, secundaria, latente temprana | Penicilina benzatínica 2.4 millones U i/m, 1 ó 2 dosis; 1 por semana | Doxiciclina 100mg c/12hs, v/o, por 14 días Ceftriaxona 1g/día, i/m o i/v, por 10 a 14 días |
| Latente tardía o de duración Desconocida | Penicilina benzatínica 2.4 millones U i/m, 3 dosis, 1 por semana | Doxiciclina 100mg c/12hs, v/o, por 28 días |
| Terciaria | Penicilina benzatínica 2.4 millones U i/m, 3 dosis, 1 por semana (neurosífilis: derivar a 2º nivel) | |

| | Agente etiológico | Clínica | Paraclínica | Tratamiento |
|-----------------------------|---|---|--|--|
| Sífilis | <i>Treponema Pallidum</i> | Primaria: Úlcera indolora de bordes sobreelevados y fondo limpio e indurado (chancro). Adenopatías satélites, móviles, múltiples, indoloras. Secundaria: lesiones maculo papulares cutáneo mucosas. Adenomegalias generalizadas. Síntomas sistémicos. Terciaria: Gomas | Ver algoritmo diagnóstico de sífilis | Ver tabla |
| Herpes simple | VHS 1 y 2 | Vesículas o úlceras Síntomas sistémicos. | Frente a lesiones atípicas, lesiones que no responden a la terapia antiviral: PCR o PCR Real Time a partir de muestras de las lesiones | Aciclovir 200 mg v/o 5 veces al día durante 7- 10 días 400 mg 3 veces al día 7 – 10 días Valaciclovir 500 mg / 1g 2 veces al día 7-10 días |
| Linfo granulo- loma venéreo | <i>Chlamydia Trachomatis</i> (L1, L2, L3) | Inicial: úlcera indolora, blanda pequeña y transitoria (cura sin secuelas) Secundario: adenopatía regional, unilateral, dolorosa que se acompaña de periadenitis, la piel se torna rojo violácea y drena por trayectos fistulosos múltiples Síntomas sistémicos Terciario: secuelas fibrosas y alteración drenaje linfático | Diagnóstico por exclusión | Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 21 días Eritromicina 500 mg cada 6 hs por 21 días. Igual tratamiento de contacto sexual |
| Chancro blando | <i>Haemophilus ducreyi</i> | úlceras de base no indurada, dolorosa, circunscripta con bordes esfumados, que sangra fácilmente, acompañada de adenomegalias inguinales, únicas o múltiples también dolorosas | Contacto epidemiológico Gram cocobacilos gram negativos PCR de material aspirado de adenomegalias | Azitromicina 1g dosis única o Ceftriaxona 250 mg i/m dosis única o Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 3 días. Igual tratamiento a contactos sexuales |

Anexo 4. Manejo clínico ante colpocitología anormal

Citología anormal: ASCUS, ASC-H, L-SIL, H-SIL, ACG, AIS, carcinoma escamo- so invasor, adenocarcinoma invasor (Bethesda)¹²

| RESULTADO PAP | RECOMENDACIÓN |
|---|---|
| Insatisfactorio | Repetir PAP en tres meses. |
| ASC-US (células escamosas atípicas de significado incierto) (*1) | 21-29 Años: Repetir PAP c/6meses por 1 año (2 PAP) <ul style="list-style-type: none">• Si ambos son negativos vuelve a tamizaje de rutina.• Si cualquiera de los dos resultados es ASC-US o mayor lesión realizar colposcopia. Mayor o igual a 30 años: <ul style="list-style-type: none">• Si no se cuenta con test de HPV manejo como mujeres entre 21 y 29 años.• Si se cuenta con test de HPV y de acuerdo a su resultado:<ul style="list-style-type: none">✓ HPV negativo: vuelve a tamizaje de rutina.✓ HPV positivo: colposcopia Menor 21 años (*2) Repetir PAP c/12 meses por 2 años(2 PAP) <ul style="list-style-type: none">• A los 12 meses, solo HSIL debe ser referida a colposcopia• A los 24 meses, si es negativo vuelve a tamizaje de rutina; si ASC-US o mayor lesión referir a colposcopia.✓ Referir a colposcopia sin repetir la citología o realizar test de HPV, sólo se recomienda en situaciones donde hay una alta probabilidad de pérdida de la paciente durante el seguimiento |
| ASC-H (células escamosas atípicas, no se puede excluir H-SIL) | Realizar Colposcopia |

(*1) Se deben tratar siempre aquellas patología del tracto genital que está demostrado pueden influir en el resultado del PAP como son las Infecciones Genitales Bajas, atrofia, entre otras.

(*2) Tamizaje rutinario no se recomienda.

12. Tomado de: Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino, MSP, 2014.

**L-SIL (lesión escamosa
intraepitelial de bajo grado)**

21-29 Años:

Repetir PAP c/6 meses por 1 año (2 PAP)

- Si ambos resultados son negativos, vuelve a tamizaje rutinario
- Si cualquiera informa ASC-US o mayor lesión referir a colposcopia

Mayor o igual a 30 años:

- Realizar Colposcopia

Menor 21 años (*2)

Repetir PAP c/12 meses por 2 años (2 PAP)

- A los 12 meses solo si resultado es H-SIL referir a colposcopia
- A los 24 meses si es negativo vuelve a tamizaje rutinario; si ASC-US o mayor lesión realizar colposcopia
- Colposcopia con biopsia dirigida y/o muestra endocervical
- Colposcopia con muestra endocervical.
- Referir a especialista

**H-SIL (lesión escamosa
intraepitelial de alto grado)**

AGC (células glandulares atípicas) (*3)

**AIS (adenocarcinoma in situ)
Carcinoma escamoso
Adenocarcinoma**

(*2) Tamizaje rutinario no se recomienda.

(*3) En mujeres mayores o iguales a 40 años que tengan factores de riesgo de cáncer de endometrio o síntomas de patología endometrial o posmenopáusica, tomar muestra de endometrio.

Anexo 5. Pautas para la atención de relación sexual forzada

EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL, ORAL, ANAL Y/O VAGINAL CON O SIN PENETRACIÓN

— HASTA 72 HS —

Toda persona mayor de 20 años, que haya sufrido violencia sexual deberá ser atendida según la siguiente pauta de recepción y tratamiento.

Los equipos de salud deben aplicar el Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud, MSP 2009.

La violación es una forma grave de VS. Su atención es obligatoria. Los daños que sufre una víctima de violencia sexual son daños a la salud, por lo tanto es en este sector en donde debe asumirse la responsabilidad de la atención. Hace a la calidad técnica una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria que facilite a la persona hablar de lo sucedido, en un ambiente de respeto, comprensión, privacidad y confidencialidad. Será responsabilidad de la Institución proveer a los servicios de los insumos necesarios para una atención adecuada, debiendo todas las instituciones contar con un Protocolo de atención en el que el personal está entrenado. Si las condiciones de salud lo permiten, la denuncia policial la realizará la persona asistida.

MUESTRAS

| Test | 1er consulta | 4 ^a -6 ^a semana | 3er mes |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------|
| VIH | ✓ | ✓ | ✓ |
| VHB | ✓ | | ✓ |
| VHC | ✓ | | ✓ |
| Sifilis | ✓ | ✓ | |
| Test embarazo | ✓ | | |
| Screening ITS (chlamydia, gonococo) | Opcional si está disponible | | |



Estar embarazada no implica cambios al procedimiento. Los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral se realizan de la misma forma expuesta

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

PREVENCIÓN DE EMBARAZO. Pastillas anticonceptivas de Emergencia.

Levonogestrel viene en dos presentaciones:

- blister con 2 píldoras de 750 mcg cada una
- blister con una píldora de 1500mcg

De preferencia debe ser usada la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda dosis o tomartla después de 12 horas de la primera. Si la usuaria tiene acceso al producto de dos píldoras se recomienda se las tome de una vez. La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hrs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo.

Debido a la brevedad de uso no existen condiciones médicas que impliquen contraindicación. Pueden ser utilizadas aun por las mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales de uso continuo.

Verificar esquema de vacunación vigente:

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad

PROFILAXIS

Ceftriaxona 1 g i/m
o Penicilina benzatínica 2.4 millones i/m

+
Azitromicina 1 g v/o

+
Metronidazol 2 g v/o

Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs

+
Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs
Durante 1 mes

CONSIDERACIONES

Dosis única
cobertura de: sifilis, chlamydia,
gonococo, vaginosis,
gardnerella, trichomonas

Si la prueba de VIH es reactiva:
Continuar igual plan tratamiento y
realizar protocolo de confirmación



PROGRAMA INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Hasta 19 años inclusive- Hasta 72 horas

En casos de agresión sexual, oral, anal y/o vaginal con o sin penetración

Los equipos de salud deben aplicar el Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP 2009.

En todos los casos, niñas, niños y adolescentes deben ser atendidos/as con integridad, comprensión, privacidad y confidencialidad. Se debe coordinar consulta con Salud Mental y /o con Equipo de Referencia en Violencia

MUESTRAS

| Test | 1er consulta | 4 ^a -6 ^a semana | 3er mes |
|-----------------|--------------|---------------------------------------|---------|
| VIH | ✓ | ✓ | ✓ |
| VHB* | ✓ | | ✓ |
| VHC | ✓ | | ✓ |
| Sifilis | ✓ | ✓ | |
| Test** embarazo | ✓ | | |

* Si no está vacunado/a con esquema completo

** Adolescente con Tanner ≥ 3



Estar Embarazada no implica cambios al procedimiento. Los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral, se realizan de la misma forma expuesta

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Pastillas anticonceptivas de Emergencia en adolescentes desarrollo sexual Tanner ≥ 3 .

Levonogestrel viene en dos presentaciones:

- blister con 2 píldoras de 750 mcg cada una
- blister con una píldora de 1500mcg

De preferencia debe ser usada la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda dosis o tomarla después de 12 horas de la primera. La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo. Debido a la brevedad de uso **no existen condiciones médicas que contraindiquen su administración**. Pueden ser utilizadas aún por mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales de uso continuo.

Verificar esquema de vacunación vigente:

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad

HPV: SI NO LA RECIBIÓ administrar si tiene 9 años o más

TRATAMIENTO

| < 45 Kg | ≥ 45 Kg |
|---|---|
| Ceftriaxona 125 mg i/m. 1 dosis | Ceftriaxona 1 g i/m. 1 dosis |
| + | + |
| 1 Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o. 1 dosis | Azitromicina 1g v/o. 1 dosis |
| + | + |
| Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días | Metronidazol 2 g v/o. 1 dosis |
| 2 Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes | Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes |

CONSIDERACIONES

- 1 Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas.
- 2 Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas. Si la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación.

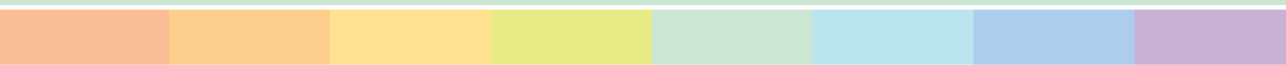
• DOSIS:

Zidovudina: 4 < 9 kg: 12 mg/kg cada 12 hs; 9 < 30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs;
≥ 30 kg: 300 mg cada 12 hs

Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.

Lopinavir/Ritonavir: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs; ≥15 - 45 kg: 11 mg por Kg
cada 12 hs (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)





"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**