ACTA DE REUNION

MUNICIPIO DE RICAURTE			
Actividad # 6		Fecha de realización: 17 de junio 2026	Hora inicio: 08:00 Hora Finalización: 09:00
Tema tratado: Informar a estudiantes de grado noveno, décimo y once sobre 1. Oferta de servicios en salud sexual y reproductiva (Anticoncepción, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Tamización de infecciones de transmisión sexual, y atención a víctimas de violencia sexual). 2. Proyecto de vida y orientación vocacional			
Grupo beneficiario: Grado 9C.			
Lugar		# Población programada	# Población cubierta:
IEDAR Megacolegio		23 personas	23 personas
Objetivo General	Informar a estudiantes de grado noveno sobre: Oferta de servicios en salud sexual y reproductiva (Anticoncepción, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Tamización de infecciones de transmisión sexual, y atención a víctimas de violencia sexual), Proyecto de vida y orientación vocacional		
Objetivos Específicos	Brindar a los estudiantes información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, con el fin de que puedan acceder a ellos de manera informada, responsable y segura. Ayudar a los estudiantes a desarrollar un sentido de propósito y dirección en su vida, fomentando la reflexión sobre sus aspiraciones personales, académicas y profesionales a largo plazo Ofrecer herramientas para que los estudiantes puedan tomar decisiones informadas y reflexivas sobre su futuro académico y profesional, explorando sus intereses y aptitudes en relación con las opciones vocacionales. Informar y sensibilizar sobre los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles para prevenir riesgos y brindar apoyo en temas clave como anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, ITS y violencia sexual. Fomentar la reflexión personal sobre metas a corto, mediano y largo plazo, ayudando a los estudiantes a establecer un proyecto de vida que les permita tomar decisiones responsables y enfocar sus esfuerzos hacia el logro de sus objetivos. Orientar a los estudiantes en la toma de decisiones vocacionales informadas, basadas en el autoconocimiento, las oportunidades del entorno, y las perspectivas profesionales disponibles.		
Recursos Utilizados	Técnicos COMPUTADOR	Humanos ENFERMERA	Material ROTAFOLIO EDUCATIVO

ACTA DE REUNION

Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	La actividad se llevó a cabo con la participación activa de 23 estudiantes del grado 9C de la Institución Educativa Departamental Antonio Ricaurte. El encuentro inició con un saludo de bienvenida que permitió establecer un ambiente de confianza, respeto y apertura, fundamental para el abordaje de temas sensibles relacionados con la salud sexual y reproductiva. Luego, se presentó a la enfermera encargada del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), quien explicó su rol como orientadora del proceso y compartió los objetivos del taller, enfocados en brindar información clara, oportuna y basada en derechos sobre los servicios disponibles en el sistema de salud para adolescentes. La primera parte de la sesión se centró en **informar a los estudiantes sobre la oferta institucional en salud sexual y reproductiva**, abarcando temas como el acceso a métodos anticonceptivos modernos, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) bajo el marco legal vigente, la tamización para infecciones de transmisión sexual (ITS), y la atención integral a víctimas de violencia sexual. Se explicó detalladamente cómo pueden acceder a estos servicios a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), centros de salud locales o líneas de atención, enfatizando que no requieren acompañamiento de un adulto para recibir atención en estas áreas, según la normatividad colombiana. Se recalcó el carácter confidencial, gratuito y libre de discriminación de estos servicios, lo que generó preguntas y comentarios por parte del grupo, especialmente sobre la confidencialidad, el uso de anticonceptivos de larga duración, y los protocolos en casos de violencia sexual. Para facilitar la comprensión de estos temas, se emplearon herramientas visuales como rotafolios, fichas ilustrativas, y ejemplos cercanos a la vida cotidiana de los estudiantes. Esta estrategia permitió conectar mejor los contenidos con las experiencias y dudas que los y las adolescentes enfrentan en su entorno. La actividad fue guiada con un enfoque participativo, incentivando la intervención de los estudiantes mediante preguntas, opiniones y casos hipotéticos, lo que promovió un ambiente de diálogo respetuoso y reflexivo. Durante el desarrollo del taller, se entregaron recomendaciones prácticas sobre cómo acudir a los servicios de salud, cómo reconocer situaciones de riesgo, cómo hablar con adultos o profesionales de confianza, y cómo fomentar relaciones sanas y libres de presión.La jornada concluyó con una actividad de retroalimentación en la que los estudiantes compartieron sus aprendizajes, destacando que desconocían muchos de los servicios a los que tienen derecho, y expresaron la importancia de que esta información llegue a todos los grados, de manera clara y sin prejuicios. Asimismo, reflexionaron sobre la necesidad de tomar decisiones informadas y responsables para proteger su salud física, emocional y sexual. Como cierre, se ofrecieron orientaciones a los docentes para reforzar estos contenidos desde el aula, promoviendo espacios continuos de diálogo sobre derechos sexuales y reproductivos como parte integral de la formación escolar y ciudadana. MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en el mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. Los métodos anticonceptivos se dividen en hormonales y no hormonales; entre los no hormonales se encuentran los reversibles, irreversibles, de barrera, amenorrea de lactancia y abstinencia periódica. La eficacia de los métodos anticonceptivos se evalúa durante el uso perfecto o ideal, en donde los embarazos ocurridos durante el uso correcto y consistente

ACTA DE REUNION

	del método son atribuibles a falla intrínseca del método, y el uso habitual o típico, que incluye todos los embarazos que se producen durante su uso y que se pueden atribuir al uso incorrecto, uso no sistemático, y fallas técnicas del método. Esta eficacia en general se expresa en el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo. En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplace el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones. El mejor método anticonceptivo será el que se elija después de una verdadera elección informada, por lo tanto, se debe garantizar que las personas, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se considera se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas. A continuación, se presentan los anticonceptivos disponibles: ANTICONCEPTIVOS DE SOLO PROGESTÁGENO La mayoría de las mujeres pueden usar con seguridad los anticonceptivos de sólo progestágeno, son altamente efectivos y reversibles. Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación, modifican el moco del cuello del útero, que lo hace más espeso y con ello se hace más difícil el paso de los espermatozoides. Indicación: Tiene los mismos usos que los anticonceptivos orales combinados en mujer con ciclos menstruales o amenorrea diferente al post parto y post aborto. En post parto (lactancia materna): Menos de 6 semanas después del parto: Generalmente se puede insertar un implante. De 6 semanas a 6 meses después del parto y amenorrea: Se puede insertar un implante. Si la mujer está amamantando completa o casi completamente, no se necesita protección anticonceptiva adicional ,Más de 6 semanas después del parto y los ciclos menstruales han regresado: El implante se puede insertar como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. En postparto (no lactancia materna): Menos de 21 días después del parto: Se puede insertar un implante No se necesita protección anticonceptiva adicional. Es altamente improbable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días posparto. Inicio del método: se pueden iniciar dentro de los siete (7) días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Cuando han transcurrido más de siete (7) días puede administrarse si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos siete (7) días al inicio. Entre los anticonceptivos de solo progestágeno (APS) se incluyen los siguientes: 1. Implantes de sólo progestágeno: La vía de administración del implante es subdérmico. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. 2. Progestágeno inyectable de depósito: Se encuentra disponible en Colombia, el Acetato de Medroxiprogesterona de depósito de 150 mg para uso intra muscular; cada 3 meses y puede aplicarse hasta con 4 semanas de retraso para inyección repetida sin necesidad de protección anticonceptiva adicional: si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. Tendrá que abstenerse de tener relaciones sexuales o usar

ACTA DE REUNION

	protección anticonceptiva adicional durante los próximos 7 días. A diferencia de los demás anticonceptivos hormonales de sólo progestágeno, en las primeras 6 semanas post parto inmediato en mujer lactante la OMS lo considera categoría 3 pero en criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos de CDC de Atlanta, está en categoría 2; el profesional de la salud, en razón a las condiciones de acceso a consulta de anticoncepción y entrega de método anticonceptivo post parto, deberá entregar este tipo de método, si considera que la usuaria está en riesgo de no iniciar método en el primer año post parto. A las 6 semanas post parto a 6 meses post parto y amenorrea en mujer lactante se puede administrar la primera inyección de PID en cualquier momento y no se necesita protección anticonceptiva adicional. En mujer post parto no lactante menos de 21 días, se puede administrar la primera inyección y no necesita protección anticonceptiva adicional. 3. Píldoras de sólo progestágeno: Tienen mecanismo de acción y usos similares a los implantes de sólo progestágeno. En mujeres con ciclo menstruales es dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual pueden iniciarse si es razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Si falta tomar una píldora o más píldoras por más de 3 horas la mujer debe tomar 1 píldora tan pronto como sea posible y luego tomarlas diariamente a la misma hora cada día. También se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Tal vez se deba considerar el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado. Dispositivos intrauterinos Son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costos efectivos para todas las mujeres en edad fértil incluso en mujeres nulíparas y adolescentes . Actualmente el dispositivo intrauterino disponible en la RPMS es el DIU Cobre (DIUCu). Es un método anticonceptivo reversible de alta eficacia, y seguridad, no depende de la usuaria, y no hay fallos por uso incorrecto (Cuadro 1) Las tasas de expulsiones oscilan entre 2,4 y 8,2%. Existen diferentes tipos de Dispositivos intrauterinos T Cu, el más usado en Colombia es el DIU T Cu380, que es el que tiene evidencia de mayor eficacia y más larga duración (10 a 12 años). Mecanismo de acción: En los DIUs liberadores de cobre participan diversos mecanismos, así como cuerpo extraño produce reacción inflamatoria local, perceptible en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia del cobre, el cual alcanza concentraciones elevadas en fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital femenino, lo cual ejerce una acción tóxica para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y viabilidad de los gametos. Su efecto demuestra una relación dosis-dependiente, a mayorcarga de cobre mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo. El uso del DIU de cobre no altera la fertilidad de las mujeres. En el primer año después del retiro, 80 de 100 mujeres pueden embarazarse. Indicación: La inserción del DIU puede hacerse en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: ✓ Antes del primer embarazo. ✓ En el intervalo intergenésico.

ACTA DE REUNION

	✓ En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, se puede insertar un DIU-Cu dentro de las primeras 48 horas después del parto, incluso inmediatamente después de retirar la placenta y antes de cerrar el útero en caso de cesárea. Entre 48 horas y 4 semanas después del parto no es recomendable insertar un DIU-Cu. 4 o más semanas después del parto y amenorrea en mujer con lactancia, se puede insertar un DIU Cu si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Si la mujer no está en lactancia materna, se puede insertar un DIU- Cu si se puede determinar que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. ✓ En el posaborto. Se puede insertar un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto en el primer trimestre, (Categoría 1 CME), en abortos de segundo trimestre generalmente se puede insertar un DIU de Cu. No debe insertarse inmediatamente después de un aborto séptico. Inicio del método: En mujeres con ciclos menstruales, se puede insertar un DIU- Cu dentro de los 12 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, en la conveniencia de la mujer, no sólo durante la menstruación. Sin anticonceptivos adicionales. Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual se puede insertar un DIU-Cu a conveniencia de la mujer si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Vía de administración: El DIU-Cu, debe ser administrado en la cavidad uterina. Elexamen físico, debe incluir palpación bimanual, visualización del cuello uterino con espéculo en condiciones de asepsia, inserción sin contacto (técnica de —no tocarǁ). (No permitir que el DIU toque una superficie no esterilizada). Explicar a la usuaria cada etapa del procedimiento, las molestias que puede presentar y enseñarle el DIU que se va a insertar. En mujeres asintomáticas, no se requiere detección de rutina de microorganismos en el tracto genital inferior previa a la inserción. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. En casos de elevado riesgo de ITS, es recomendable esperar tener una prueba fiable que descarte la infección y si no se dispone de ella, tratar profilácticamente en poblaciones con alta prevalencia de ITS. El embarazo y la sepsis puerperal son contraindicación absoluta (CME4) para la inserción de un DIU-Cu. Extracción: El DIU-Cu, puede ser retirado en cualquier momento del ciclo,siempre que la mujer lo desee, realizar indagación de las razones, para resolver mitos infundados; se debe retirar en caso de infección pélvica que no responde al tratamiento antibiótico, perforación uterina, cáncer cervical, o de endometrio, expulsión parcial, sangrados excesivos que pongan en riesgo la salud de la mujer, o al terminar su periodo de vida útil. En caso de menopausia, se recomienda retirarlo un año después. Se debe advertir que el retorno a la fertilidad es inmediato, por lo que debe usar otro método anticonceptivo u otro DIU, en caso de no desear un embarazo. Efectos secundarios: En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como: dolor pélvico durante el período menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual que puede manejarse con anti inflamatorios no esteroideos. Es importante informar a la usuaria que el DIU puede ser expulsado espontáneamente durante la menstruación, enseñar a revisar los hilos, y recomendar que acuda al servicio de salud si tiene los siguientes signos de alarma: Fiebre o escalofríos, dolor o sensibilidad pélvica, flujo vaginal purulento o sangrado vaginal anormal excesivo. Se debe recalcar la

ACTA DE REUNION

importancia de acudir a las consultas de control y el uso de condón para prevenir ITS.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Se refieren a los productos anticonceptivos reversibles de corta duración, que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Las presentaciones y concentraciones que existen son las siguientes:

1. Anticonceptivos orales combinados (ACO) Son los anticonceptivos que contienen un estrógeno y un progestágeno o progestina, en dosis variable, de acuerdo con los principios activos. Existen dos tipos de ACO, los monofásicos (son la mayoría), en los que el contenido de estrógeno y progestágeno es igual en todas las píldoras. Los más usados y evaluados, son los que contienen levonorgestrel 150 mcg y etinilestradiol 30mcg. Otros progestágenos usados además del levonorgestrel como el linestrenol, desogestrel, gestodeno, norgestimato, acetato de cormadinona, drosperinona (moléculas no incluidas en el plan de beneficios actual), y etinilestradio.

Mecanismo de acción: Protege contra el embarazo principalmente al inhibir la ovulación y ocasionar cambios en el moco cervical. Entre los efectos benéficos descritos, se encuentra reducción importante del riesgo de cáncer de endometrio, y de ovario, del embarazo ectópico, reducción y regulación de sangrados uterinos, alivio de la dismenorrea y síntomas premenstruales; disminución de riesgo de presentar quistes de ovario funcionales entre otros.

Indicación: Según criterios médicos de elegibilidad de la OMS: Antes del primer embarazo. En el período intergenésico. En postaborto inmediato. No se necesita protección anticonceptiva adicional. En posparto o pos cesárea en mujer lactante, se pueden iniciar anticonceptivos hormonales orales combinados 6 meses después del parto. En post parto o post cesárea en mujer no lactante, se pueden usar anticonceptivos orales combinados 21 días o más después del parto, en el caso de las mujeres sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso.

Inicio del método: Dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional. Más de 5 días, desde el inicio del sangrado menstrual, se puede iniciar si se está razonablemente seguro de que no está embarazada, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino o anticoncepción de emergencia) durante los próximos 7 días. La mujer debe tomar la píldora vía oral, de preferencia a la misma hora todos los

días, durante 21 días y comenzar un nuevo blíster 7 días después, periodo en el cual generalmente presentará sangrado uterino. Las presentaciones de 28 píldoras, 7 son placebo, y permiten la ingesta continua, lo que disminuye la posibilidad de olvido o retraso en el inicio de nuevo envase. Es importante que se dispense al menos 3 meses continuos de protección anticonceptiva, para que se no se postergue el inicio de nueva caja, se genere adherencia al método y se disminuya el riesgo de embarazo. Efectos secundarios menores: algunas mujeres pueden presentar cefalea, náuseas, vómitos, mareo, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. Puede presentarse cloasma, manchado intermenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo.

Efectos secundarios severos: Enfermedades del sistema circulatorio: De muy rara presentación en mujeres jóvenes. En mujeres mayores de 40 años, el uso de ACO tiene asociación con mayor riesgo de enfermedades del sistema circulatorio, cuando se suman otros factores de riesgo, como hipertensión y uso de cigarrillo.

2. Parche anticonceptivo combinado

ACTA DE REUNION

	Sistema anticonceptivo transdérmico, libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromin al día, El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados. Vía de administración: Es dérmica, debe aplicarse en piel sana, intacta, limpia seca y sin vello, (glúteos, abdomen, porción superior externa del brazo o en la parte superior del torso). En un lugar que no roce la ropa apretada. Se coloca un parche semanal por 3 semanas, seguidas de 1 semana sin parche, en un lugar diferente, con las mismas indicaciones de uso que los anticonceptivos orales combinados. 3. Anillo vaginal combinado Es un anillo flexible, que libera 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonorgestrel al día. El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados, este método es el que contiene menor dosis de estrógenos y mejor control del ciclo menstrual. Vía de administración: Es vaginal (doblar el anillo entre los dedos e introducir profundamente en la vagina). Se debe colocar un anillo para tres semanas de uso continuo, se debe retirar durante 7 días y se introduce nuevamente. 4. Anticonceptivos inyectables combinados (AIC) Anticonceptivos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno. En Colombia se encuentran disponibles dos presentaciones: Acetofenido dihidroprogesterona y enantato de estradiol (Perlutal, Synovular) acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Cyclofem, Femelin o Novafem) y enantato de noretisterona y valeraniato de estradiol (Mesigyna, Nofertyl) El mecanismo de acción, la indicación, la efectividad y los efectos adversos son similar a los anticonceptivos orales combinados excepto el sangrado menstrual, que suele ser más irregular. Inicio del método: Dentro de los 7 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Más de 7 días después del sangrado puede administrarse si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos 7 días. Vía de administración: Intramuscular profunda, con intervalos de cada cuatro semanas. El sangrado ocurre alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe informar a la mujer que la fecha del sangrado no determina la fecha de la nueva inyección sino la fecha de la administración. Anticoncepción de emergencia La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción postcoital, son métodos de anticoncepción que pueden usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después del coito. Están diseñados para el uso de emergencia después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), violación o sexo forzado. Indicación: Idealmente deben tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección, dentro de las 120 horas. Son más efectivas en las primeras 72 horas, siguen siendo eficaces hasta las 120 horas, pero su eficacia va disminuyendo con el tiempo. Las más efectivas son las de acetato de ullipristal, seguidas de las de Levonorgestrel y finalmente las menos eficaces las combinadas.

ACTA DE REUNION

	El suministro de la Anticoncepción de Emergencia debe ser acompañado de una asesoría en anticoncepción de calidad para promover el uso correcto y consistente de un método regular, ajustado a las necesidades de la usuaria y debe estar disponible para entregar a todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas tan pronto como sea posible después de relaciones sexuales sin protección. Después del uso de las PAE de levonogestrel y combinadas, se puede iniciar cualquier método anticonceptivo inmediatamente incluyendo el DIU-Cu. Si regresa después se puede iniciar cualquier método de acuerdo con sus indicaciones de uso, si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada y realizar prueba de embarazo si no se produce sangrado durante las 3 semanas siguientes. Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, por criterios médicos de elegibilidad no existen razones que impidan usarla nuevamente. Métodos permanentes quirúrgicos El acceso a procedimientos de esterilización quirúrgica femenina y masculina, deben estar disponibles sin barreras de acceso y oportunos: 1. Esterilización quirúrgica masculina: Técnica realizada por profesional en medicina especialista en urología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses post-procedimiento, por ser el tiempo requerido para que el recuento espermático sea negativo. El usuario debe recibir información y consejería clara y apropiada. 2. Esterilización quirúrgica femenina: Técnica realizada por profesional en medicina especialista en ginecología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo con los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Indicación: El procedimiento se puede realizar en intervalo primeros siete (7) días del ciclo menstrual, postaborto, posparto o intra- cesárea. Puede ser por laparoscopia o mini laparotomía, en esta siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles. Es preciso entregar instrucciones posoperatorias, se recomendará evitar actividad sexual en primera semana post operatoria, e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección. **INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO** La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional. El derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tenga acerca de las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006. Esta información debe ser suministrada en el primer contacto que tenga la gestante con los servicios de salud. Una de las capacidades a desarrollar en las personas a partir de la adolescencia es el ejercicio de los DSDR, contenidos incluidos en la RPMS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios. IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. Para el caso de la aspiración endouterina en el primer nivel de

ACTA DE REUNION

	atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya. Así mismo, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel. Aunque algunos procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria (dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos), la IPS que atiende la IVE debe garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para dar continuidad en la atención en un nivel superior, en caso de ser necesario. En cualquier caso, este prestador debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con los procedimientos que se practiquen. Objetivos • Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Sentencia C – 355 de 2006 y C - 055 de 2023 y jurisprudencia complementaria, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto. • Informar a las mujeres frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto; así como las opciones que se tienen, aun estando inmersas en alguna causal, sobre la posibilidad de seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el nacido vivo en adopción. Atenciones incluidas • Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud. • Orientación y asesoría para la toma de decisiones, garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo. • Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica. • Asesoría y provisión anticonceptiva según criterios médicos de elegibilidad ,Consulta de seguimiento. CONSULTA INICIAL POR MEDICINA PARA VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional. La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y decide acceder al procedimiento. Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos, se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación: Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica. Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes. Anamnesis En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, sedebe realizar una

ACTA DE REUNION

	historia clínica completa. La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional. Los antecedentes médicos familiares y personales de la mujer deben interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones previas que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia). Examen físico El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente, debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual o por medios paraclínicos si se dispone de ellos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6a y 8a incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer convive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH durante el embarazo. TOMA DE PARACLÍNICOS Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia. Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE. LA EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA

ACTA DE REUNION

	no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee. Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana. En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento. CERTIFICACIÓN DE LAS CAUSALES A PARTIR DE LA SEMANA 24 DE GESTACIÓN Es importante tener en cuenta que acorde a la Sentencia C - 055 de 2023 , el aborto voluntario en Colombia es libre, sin necesidad de causal, hasta la semana 24 de gestación, posterior a esta edad gestacional se debe identificar si la persona gstante está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006. Un profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna malformación incompatible con la vida extrauterina). Un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral y oportuno sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado de este; puede decidir si lo continua o no. Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada. Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta

ACTA DE REUNION

	por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable. También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión. la consulta y de la existencia o no de denuncia A las menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya. En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de un especialista, se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido. Idealmente, los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel de atención en el que la mujer consulta; siempre y cuando se cuente con personal médico entrenado en aspiración endouterina e IVE con medicamentos. En caso contrario, se deben iniciar los trámites de remisión necesarios, teniendo en cuenta la obligación de garantizar la oportunidad del servicio. De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión de la mujer a la disponibilidad de citas por consulta externa o a la realización de cualquier trámite que limite la prestación de un servicio oportuno. El término razonable para responder las solicitudes de IVE y para realizar el procedimiento es de cinco (5) días calendario contados a partir de la consulta. La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, juntas médicas, autorizaciones de familiares o terceros están prohibidos y constituyen barreras inadmisibles para la garantía en la prestación de los procedimientos de IVE. ORIENTACIÓN Y ASESORÍA A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debeofrecer orientación y asesoría. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Idealmente estos servicios deben ser prestados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo, en caso de no contar con estos perfiles puede estar a cargo de profesionales de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con la guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo. la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo

ACTA DE REUNION

	mismo que sus valores, creencias y sentimientos. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones. Por lo tanto, en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.). Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades. La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer. La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género. Identificar coerción Se debe identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad. Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin. Por lo tanto, se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía. Información y elección del procedimiento Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información. Adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el nacido vivo en adopción. Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye: Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas. Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno. Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva. El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio

ACTA DE REUNION

	de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado. En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia. ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos farmacológicos y no farmacológicos. Cuando no haya restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares. CONSENTIMIENTO INFORMADO El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica. Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente120. Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias en los términos de la Resolución 1004 de 2017. RECUPERACIÓN La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual. La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas. También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días. Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor

ACTA DE REUNION

abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas. Asesoría y provisión anticonceptiva Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

CONSULTA DE SEGUIMIENTO

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1 o 2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. En el caso de la IVE farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

• Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, Se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no de estos signos y síntomas.

INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una preocupación para los adolescentes, ya que tienen un mayor riesgo de contraerlas que los adultos. Esto se debe a factores biológicos y conductuales, como:

• Tener relaciones sexuales sin protección.
• Tener parejas sexuales simultáneas.
• No saber que se necesitan pruebas para detectar ITS.
• Dudar en hablar con un médico o enfermero sobre sexo.

Algunas de las ITS más comunes son:

Clamidia:

La clamidia es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Chlamydia trachomatis. Es una de las ITS más comunes y se puede contraer por contacto sexual con una persona infectada.

Síntomas: Secreciones uretrales y vaginales, Sensación de ardor al orinar, Necesidad de orinar muchas veces durante el día, Dolor en uno o ambos testículos, Picazón y ardor alrededor de la abertura del pene

Complicaciones: Si no se trata, la clamidia puede causar: Enfermedad inflamatoria pélvica, Infertilidad en las mujeres, Embarazos ectópicos (embarazos que ocurren fuera del útero) potencialmente mortales, Aumento del riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Tratamiento: La clamidia se puede curar con antibióticos.

ACTA DE REUNION

Prevención: La clamidia se puede prevenir usando condones y otros métodos de protección sexual.

Riesgos: La clamidia es más frecuente en adultos jóvenes sexualmente activos.

La clamidia puede infectar el cuello uterino, la uretra, los testículos, la boca y garganta, el ano, y los ojos.
El herpes genital: es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por el virus del herpes simple (VHS). Se puede contagiar por contacto sexual vaginal, anal u oral.
Síntomas Llagas dolorosas en los genitales, nalgas, muslos o en el área rectal, Ampollas que se rompen y forman costras

Transmisión: Se propaga por contacto piel con piel durante las relaciones sexuales, Se puede transmitir a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales.

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae. Es una de las ITS más frecuentes y se puede tratar con antibióticos.

Síntomas: Dolor y ardor al orinar, Aumento de la frecuencia o urgencia urinaria, Secreción del pene de color blanco, amarillo o verde, Dolor de garganta, Dolor intenso en la parte baja del abdomen, Fiebre, Sangrado uterino anormal, Sangrado después de tener relaciones sexuales, Secreción vaginal anormal color verdosa, amarillenta o con mal olor

Prevención: Usar condones y/o barreras de látex bucales cada vez que se tiene sexo, Hacerse pruebas de las ETS

Tratamiento: La gonorrea se cura fácilmente con antibióticos

La sífilis: es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Treponema pallidum. Se transmite por contacto directo con las llagas infecciosas que aparecen en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca.
La sífilis puede tener graves consecuencias de salud si no se trata.
Etapas de la sífilis

- Primaria: Se caracteriza por la aparición de una llaga o úlcera indolora en los genitales, la boca, la piel o el recto.
- Secundaria: Se caracteriza por la aparición de una erupción cutánea, úlceras, fiebre, indisposición general, dolores musculares y articulares.
- Terciaria: Se caracteriza por el daño a órganos como el corazón, el sistema nervioso central, los huesos o el hígado.

ACTA DE REUNION

Sífilis latente: También se conoce como sífilis inactiva, se caracteriza por la presencia de los gérmenes de la sífilis en la sangre, sin que se presenten síntomas.

Tratamiento: La sífilis se cura fácilmente con antibióticos

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La Violencia sexual es una gran diversidad de actos, que refiere una acción sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona. Entre sus múltiples acepciones puede ser la exigencia de mantener contacto sexual visual, verbal y/o físico, la imposición de un intercambio sexual mediante el uso de la fuerza, de la amenaza para intimidar, de la coerción, del chantaje, presión, soborno y manipulación del ejercicio de la sexualidad y/o de la reproducción. Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

La Violencia Sexual es una problemática mundial reconocida en las últimas décadas como una violación de los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones:

1. Por las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos.
2. Por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado.
3. Son evitables ya que sus causas son culturales, comportamentales y sociales, más que biológicas y hereditarias.

VIOLENCIAS DE SEXO Y GÉNERO EN LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS

Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

Las violencias sexuales son actos que atentan contra la dignidad y la libertad de una persona, vulnerándole los Derechos Humanos, contra su voluntad o no, mediante el uso de fuerza física, psíquica o moral. Se trata de una problemática multicausal y polimorfa en sus múltiples expresiones que incluyen diferentes modalidades: Desde el abuso sexual, el incesto, la violencia sexual doméstica, el asalto sexual, el acceso carnal violento, la explotación sexual comercial, la trata de personas con fines sexuales, la prostitución forzada y su inducción, la pornografía infantil, la violencia sexual como arma de guerra en el contexto del conflicto armado, hasta el rechazo a la

ACTA DE REUNION

	diversidad sexual, el acoso sexual, los comentarios y/o insinuaciones sexuales no deseados, el impedimento de una libre opción por la planificación familiar, entre otras posibles. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: • Violencia Física: Se refiere a cualquier acción que cause daño o sufrimiento físico a una persona por razón de su género. Por ejemplo, golpear, empujar, o cualquier otro tipo de agresión física. • Violencia Psicológica: Se manifiesta a través de acciones que causan daño emocional o psicológico a una persona por su género. Esto puede incluir insultos, humillaciones, amenazas, control excesivo, celos, entre otros. • Violencia Sexual: Es cualquier acción que atente contra la libertad sexual de una persona por razón de su género; esto puede incluir violación, acoso sexual, abuso sexual, entre otros. (Es importante reconocer y diferenciar los conceptos señalados). • Violencia Económica y Patrimonial: Se refiere a cualquier acción que afecte la estabilidad económica o el patrimonio de una persona por su género. Por ejemplo, impedir el acceso a recursos económicos, controlar el dinero, negar el acceso a bienes materiales o documentos personales. • Violencia Simbólica: Este tipo de violencia se ejerce a través de prácticas cotidianas, así como en discursos populares y difusión mensajes, imágenes, símbolos o cualquier otro medio de comunicación que promueva la discriminación, el menosprecio o la subordinación de una persona por su género. Ejemplo: Dado que históricamente las mujeres han estado relegadas a espacios privados como el hogar, en ocasiones se puede encontrar dificultades para el acceso en los espacios públicos como el laboral y académico bajo esta premisa.
Hallazgos y Conclusiones	Durante los talleres realizados con los 23 estudiantes del grado 9C, se identificaron hallazgos importantes que evidencian tanto su interés como sus necesidades frente a temas clave para su desarrollo integral. Los y las adolescentes manifestaron un profundo deseo de recibir información veraz, libre de prejuicios y accesible sobre salud sexual y reproductiva, reconociendo que muchos de ellos nunca habían tenido espacios donde se abordaran estos temas con claridad y respeto. Un hallazgo relevante fue su desconocimiento generalizado sobre la oferta de servicios en salud sexual, así como la falta de información sobre cómo ejercer sus derechos en situaciones como el acceso a anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o la atención en casos de violencia sexual. Expresaron sentir temor al juicio social y desinformación sobre cómo actuar en esos casos. Al mismo tiempo, concluyeron que la educación en estos temas no solo es necesaria, sino que les brinda herramientas para tomar decisiones informadas, prevenir riesgos y ejercer autonomía sobre su cuerpo y su bienestar. En cuanto al proyecto de vida, los estudiantes compartieron sentimientos de incertidumbre frente al futuro y la presión que sienten por decidir un camino profesional sin contar con orientación suficiente. Reconocen que muchas veces eligen opciones por obligación familiar o desconocimiento de otras alternativas. Como conclusión, los estudiantes coincidieron en que estos talleres les ayudaron a aclarar dudas, fortalecer su autoestima y comprender la importancia de planear su futuro con conciencia, motivación y acompañamiento. Solicitaron que estos espacios se mantengan como parte continua del proceso educativo y que se integren metodologías vivenciales y orientación vocacional personalizada que los prepare para tomar decisiones libres, realistas y conectadas con sus intereses.

ACTA DE REUNION

Aportes y Sugerencias	Durante el desarrollo de los talleres, los 23 estudiantes del grado 9 C realizaron aportes significativos que evidencian su interés por recibir orientación clara, cercana y actualizada sobre los temas tratados. En relación con la salud sexual y reproductiva, manifestaron desconocimiento sobre la oferta de servicios disponibles en su comunidad, expresando dudas sobre cómo y dónde acceder a métodos anticonceptivos, servicios de orientación, atención en casos de violencia sexual o información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Como sugerencia, propusieron la creación de materiales visuales y prácticos dentro del colegio como carteleras, que expliquen de forma sencilla sus derechos y los pasos a seguir para acceder a estos servicios. También recomendaron aprovechar redes sociales institucionales para difundir esta información, ya que es un medio que consultan frecuentemente. Respecto al componente de proyecto de vida, los estudiantes expresaron una alta preocupación por su futuro académico y laboral, indicando que muchas veces se sienten desorientados y presionados por el entorno, sin saber cómo identificar sus verdaderos intereses o talentos. Aportaron ideas como realizar ferias vocacionales dentro del colegio, invitar a egresados que cuenten su experiencia, y establecer espacios periódicos de orientación individual o grupal con profesionales que les ayuden a tomar decisiones más conscientes. También resaltaron la importancia de recibir acompañamiento emocional, especialmente en este momento de transición hacia la vida adulta, en el que se enfrentan a múltiples exigencias personales, sociales y familiares. En general, los estudiantes solicitaron que estos espacios formativos se mantengan activos durante todo el año escolar, con metodologías participativas y cercanas, que les permitan sentirse escuchados, guiados y preparados para tomar decisiones libres, informadas y con proyección a futuro.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	✓
	Cartelera Ilustrativa	
	Listado de Asistencia	✓
	Folleto Ilustrativo	
	Rotafolio Educativo	✓

DERLY HERRERA HUERTAS
EJECUTORA PIC
Municipio de Ricaurte

ANDREA CORDOBA
Coordinador PIC ESE
Municipio de Ricaurte

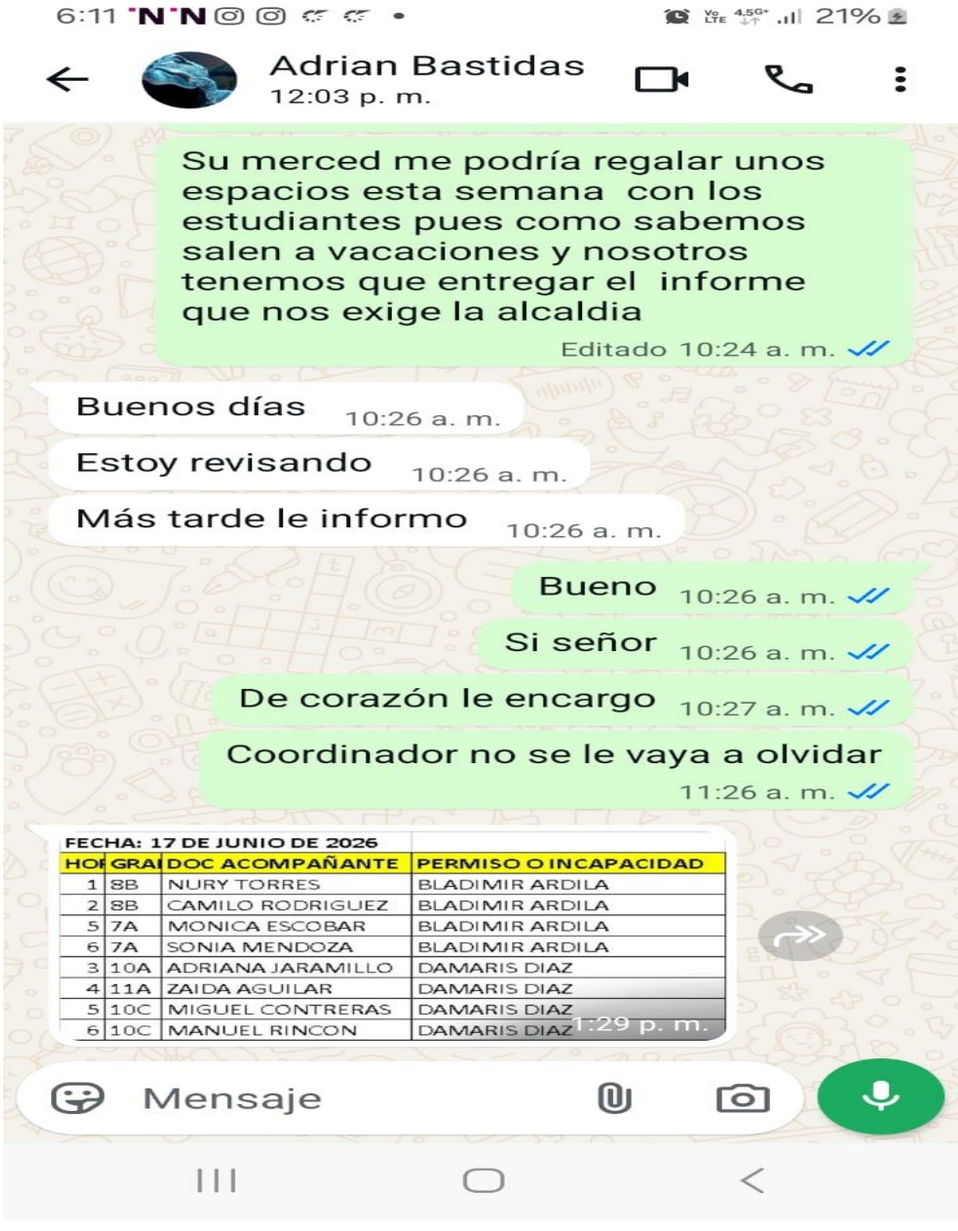
ZULMA JASLEYDI JAUREGUI VELANDIA
Coordinadora PIC
Municipio de Ricaurte

ACTA DE REUNION
REGISTRO FOTOGRAFICO



ACTA DE REUNION

CONVOCATORIA



ACTA DE REUNION

MATERIAL DIDACTICO



ACTA DE REUNION