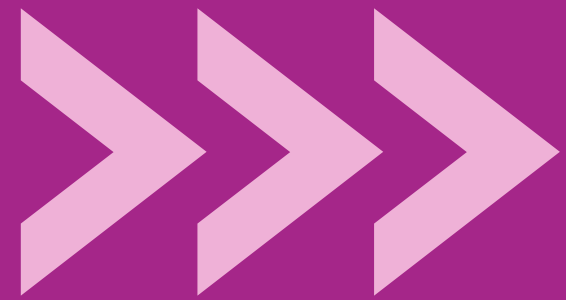


CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MÉTODO SINTOTÉRMICO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL CON ENFOQUE DE GÉNERO





AMAPOLA VALDIVIA



Matrona y experta en planificación familiar natural.



Resultado de aprendizaje

Comprender los fundamentos de la planificación familiar natural con un enfoque de género.



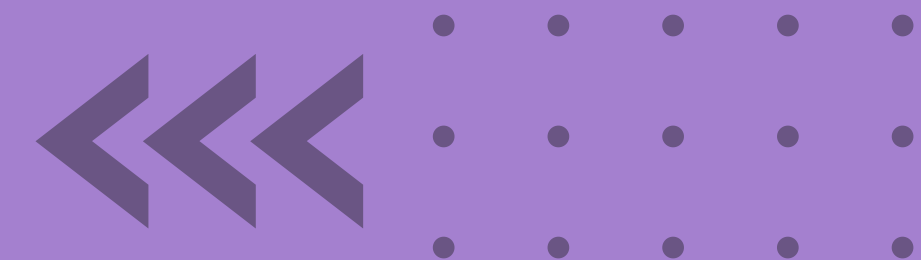


CONTENIDOS

1 Descripción general del curso

2 Fundamentos de la Planificación Familiar Natural

3 Enfoque de Género en la Planificación Familiar natural.



TEMA 1: Descripción general del curso.

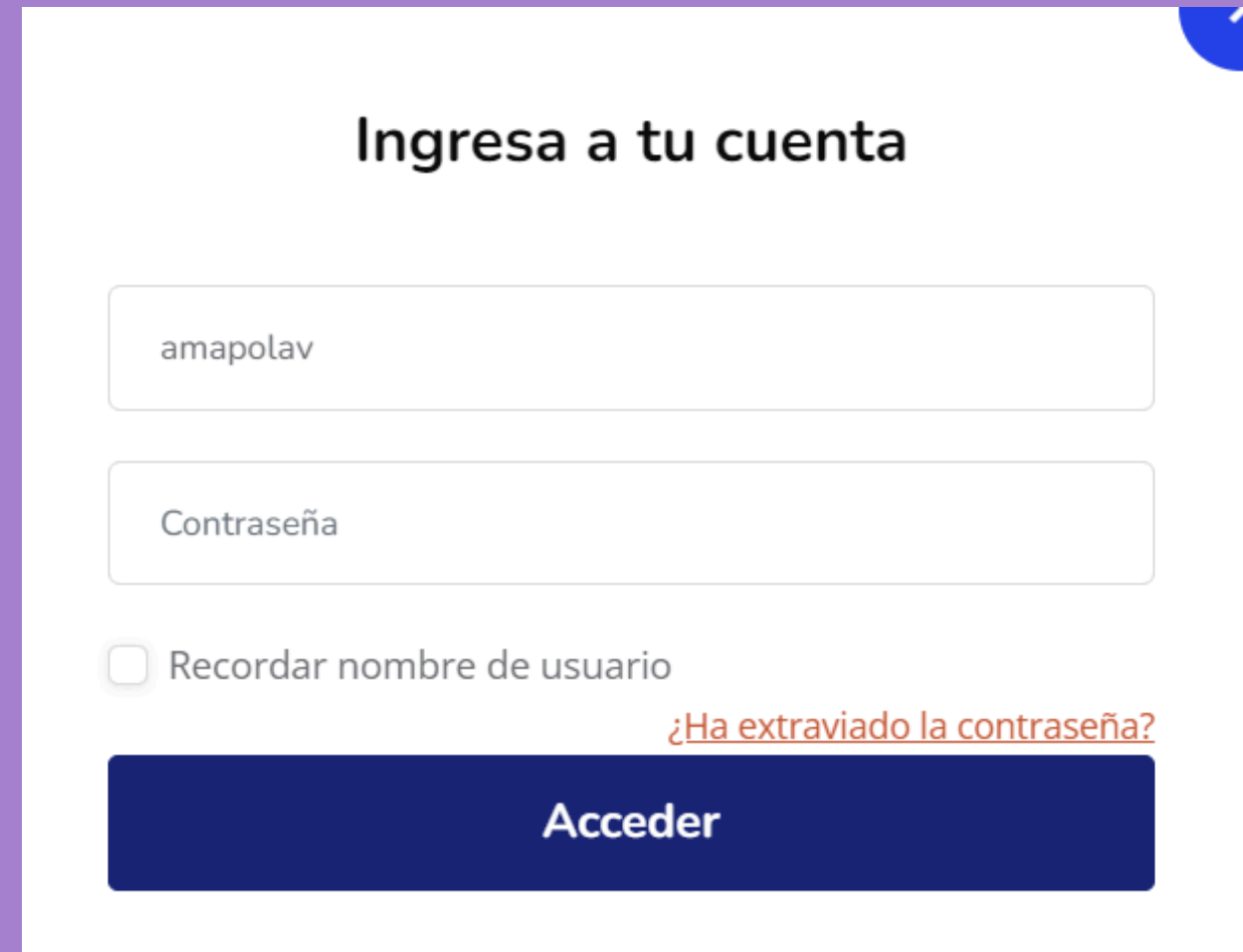
► **Curso 100 % online**

► **Aula virtual**

► **Doble certificación**

► **4 meses**

Sábado 25 de mayo al sábado 28 de septiembre 2024.



Ingresa a tu cuenta

amapolav

Contraseña

☐ Recordar nombre de usuario

[¿Ha extraviado la contraseña?](#)

Acceder

Usuario: nombre + inicial del 1º apellido.
En minúscula

Contraseña: Se genera automáticamente.

UNIDADES DE APRENDIZAJE



1. Salud sexual y reproductiva con enfoque de género y DDHH.
2. Introducción a la enseñanza del método sintotérmico.
3. Fisiología del ciclo menstrual y reconocimiento de la Fertilidad.
4. Enseñanza-aprendizaje del método sintotérmico.
5. Método sintotérmico en condiciones fisiológicas.
6. Método sintotérmico en alteraciones patológicas.
7. Tecnologías para el reconocimiento de la fertilidad y otros métodos.
8. Mentorías Matronas sintotérmicas.

TEMA 1: Descripción general del curso.

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

1

CLASES EXPOSITIVAS DIALOGADAS CON
REACTIVACIÓN DE APRENDIZAJES PREVIOS.

2

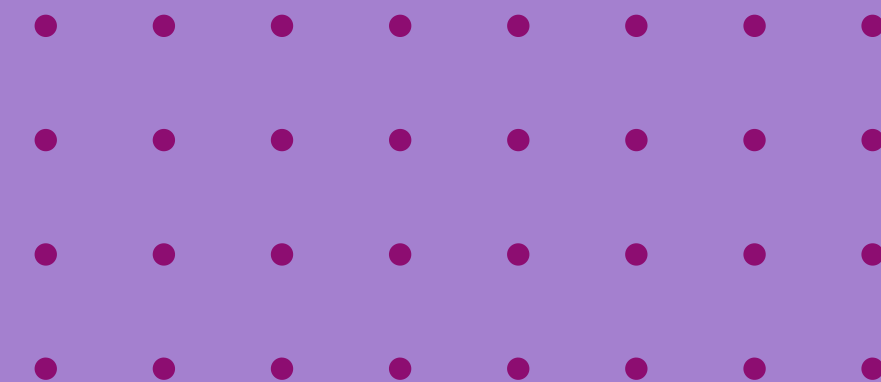
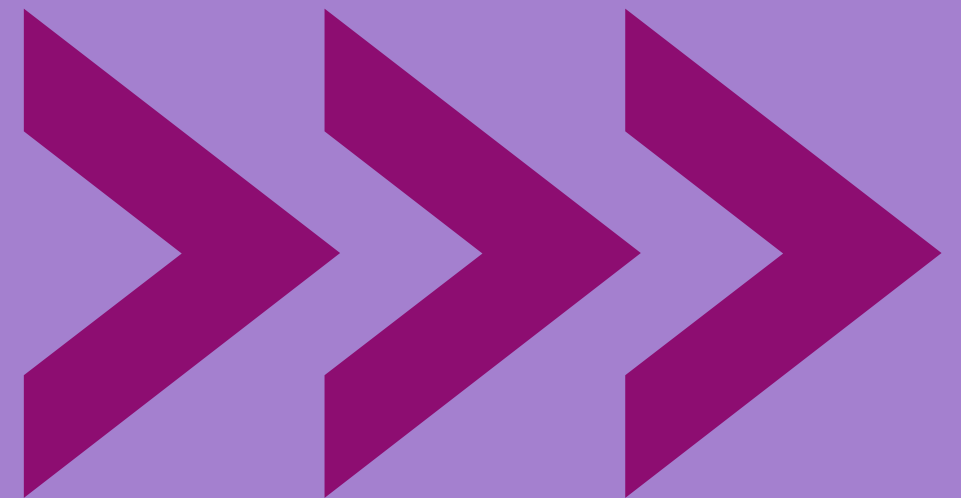
ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS Y
GRÁFICAS DEL MÉTODO SINTOTÉRMICO.

3

ESPACIOS DE REFLEXIÓN GRUPAL E INDIVIDUAL.

4

ACOMPañAMIENTO GUIADO A USUARIAS DEL
MÉTODO.



TEMA 1: Descripción general del curso.

EVALUACIÓN Y REQUISITOS DE APROBACIÓN



EVALUACIONES FORMATIVAS Y SUMATIVAS A LO LARGO DEL CURSO.



REQUISITOS DE APROBACIÓN: LA NOTA FINAL DEL CURSO DEBE SER IGUAL O MAYOR A 5.0

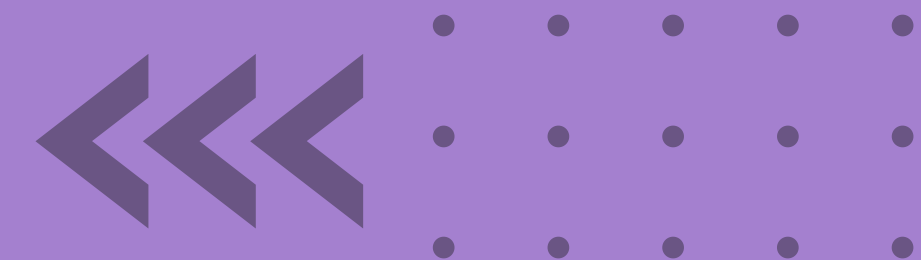


CONTENIDOS

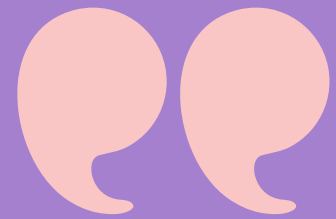
1 Descripción general del curso

2 Fundamentos de la Planificación Familiar Natural

3 Enfoque de Género en la Planificación Familiar natural.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

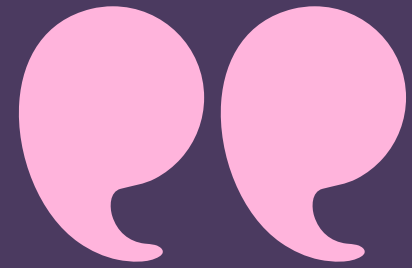


Técnicas para buscar o evitar embarazos mediante: la observación de los **signos y síntomas** que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, y la adaptación de la sexualidad de la pareja a dicha fertilidad. En el caso de querer evitar un embarazo, se abstienen de relaciones sexuales durante los días fértiles que habrán identificado previamente.



OMS,1989.

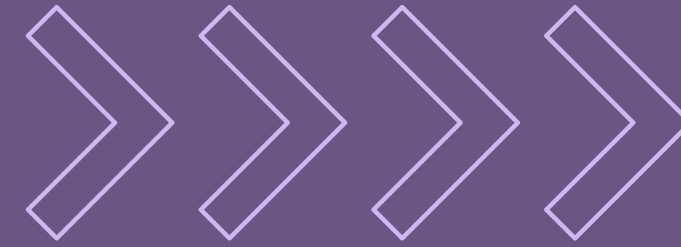
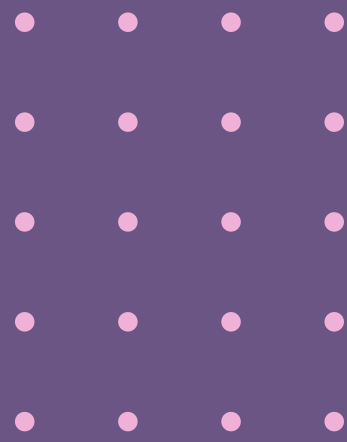
TEMA 2: Fundamentos de la Planificación Familiar Natural



La orientación relacionada con la actividad sexual durante el período fértil distingue a los métodos basados en la conciencia de la fertilidad del término más conocido como "Planificación Familiar Natural" (PFN) mientras que los primeros se pueden utilizar en conjunto con métodos de barrera, las y los usuarios de PFN se abstienen durante el período fértil y no dependen de barreras físicas o hormonales para prevenir el embarazo.



TEMA 2: Fundamentos de la Planificación Familiar Natural



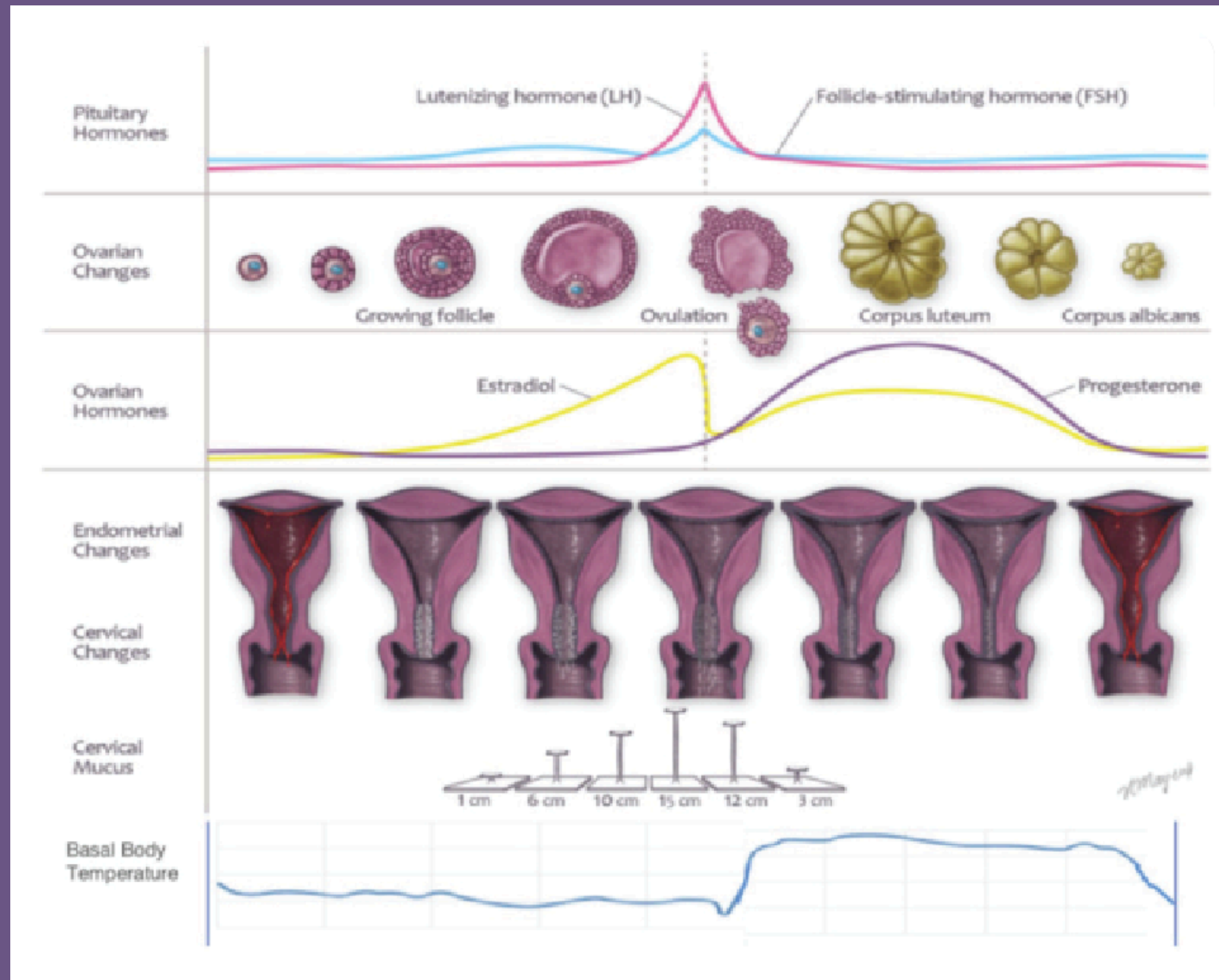
Métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Implican la observación de uno o más biomarcadores de fertilidad, y cada uno proporciona diferentes "reglas" para aplicar estas observaciones en la determinación del inicio y el final de la ventana fértil.

FUNDAMENTOS

Puntos claves:

- ➡ • El período fértil es episódico, ya que la ovulación se produce sólo una vez en cada ciclo menstrual.
- ➡ • La sobrevivencia de los gametos es limitada: la del óvulo es menor de 24 horas, y la de los espermatozoides es de alrededor de 5-7 días.
- ➡ • Las parejas pueden reconocer el período fértil por medio de las técnicas específicas.
- ➡ • Las parejas tienen la capacidad y motivación para modificar la conducta sexual, absteniéndose de tener relaciones sexuales en los días considerados fértiles/ usando PSV.



Diferencias entre los métodos naturales

MÉTODO

DE OGINO

DE LOS DÍAS ESTÁNDAR

SIGNOS DE FERTILIDAD

NO SE BASAN EN LOS SIGNOS DE FERTILIDAD*

OBSERVACIÓN

MÉTODO OBSOLETO BASADO EN UNA FÓRMULA MATEMÁTICA QUE USA LAS DURACIONES DE LOS CICLOS ANTERIORES PARA PREDECIR FASES FÉRTILES FUTURAS.

Ciclo más corto - 18 (ó -17, 19 ó 20) = primer día fértil

Ciclo más largo - 11 (ó -10, 12 ó 13) = último día fértil

LAS PAREJAS EVITAN LAS RRSS ENTRE LOS DÍAS 8 Y 19 DEL CICLO, EN MUJERES CON CICLOS CONSTANTES ENTRE 26 A 32 DÍAS.
(APP CYCLESBEADS)

EFICACIA

Poco confiable,
NO RECOMENDADO.

Poco confiable,
NO RECOMENDADO.

Diferencias entre los métodos naturales

MÉTODO

DE DOS DÍAS

BILLINGS/OVULACIÓN SECRECIÓN CERVICAL

SIGNOS DE FERTILIDAD

MOCO CERVICAL

MOCO CERVICAL

OBSERVACIÓN

Este método se basa en la pregunta si has observado moco cervical ayer o el mismo día. Si la respuesta es si, entonces es un día fértil.

EL PRIMER MÉTODO EN DONDE SÓLO SE OBSERVA 1 INDICADOR.

EFICACIA

NO TIENE REGLAS ESPECIFICAS, NO RECOMENDADO

EFICAZ PORQUE EL MOCO CERVICAL ES EL INDICADOR MÁS IMPORTANTE PARA PREVENIR UN EMBARAZO DE FORMA NATURAL. PERO NO ES CAPAZ DE CONFIRMAR OVULACIÓN.

Diferencias entre los métodos naturales

MÉTODO	SISTEMA DE MODELO CREIGHTON	JUSTISSE
SIGNOS DE FERTILIDAD	MOCO CERVICAL	MOCO CERVICAL (OPCIONAL TEMPERATURA Y POSICIÓN DEL CERVIX)
OBSERVACIÓN	SIMILAR AL MÉTODO BILLINGS , PERO UTILIZA DESCRIPCIONES EXTREMADAMENTE PRECISAS Y ESTANDARIZADAS.	UTILIZA LAS MISMAS DESCRIPCIONES DEL MÉTODO CREIGHTON Y PROPORCIONA ORIENTACIÓN HOLÍSTICA PARA PROBLEMAS MENSTRUALES.
EFICACIA	COMO EL MÉTODO DE BILLINGS.	PUEDE LLEGAR A SER TAN EFECTIVO COMO EL MÉTODO SINTOTÉRMICO.

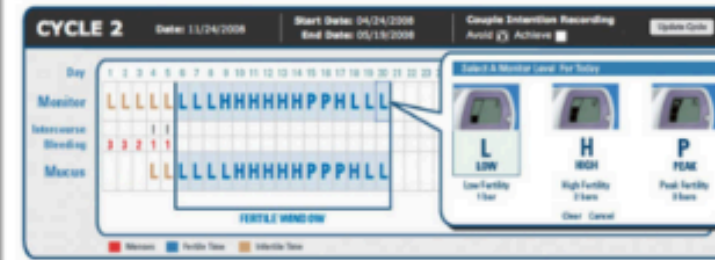
Diferencias entre los métodos naturales

MÉTODO	TCB	SINTOTÉRMICO
SIGNOS DE FERTILIDAD	TCB	MOCO CERVICAL, TBC, CÁLCULO ESTADÍSTICO* + POSICIÓN DEL CERVIX*
OBSERVACIÓN	LOS DIAS ANTERIORES A LA OVULACIÓN NO SE CONTEMPLAN PARA RRSS SIN PROTECCIÓN.	SE OBSERVAN AL MENOS 2 DE LOS 3 PRINCIPALES SIGNOS DE FERTILIDAD.
EFICACIA	ES MUY EFICAZ PERO SÓLO DESPUÉS DE LA OVULACIÓN.	SE CONSIDERA EL MÁS COMPLETO Y FIABLE.

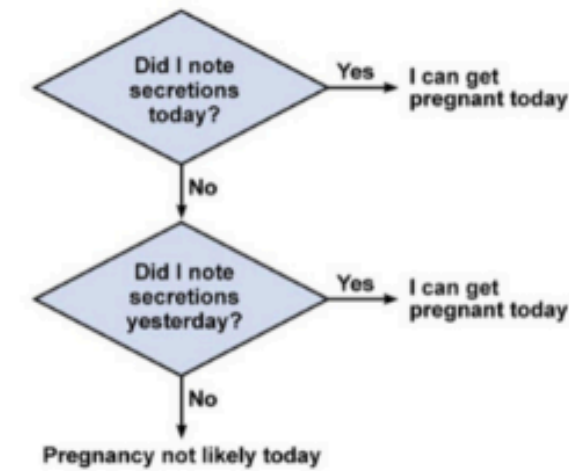
Billings Ovulation Method Chart



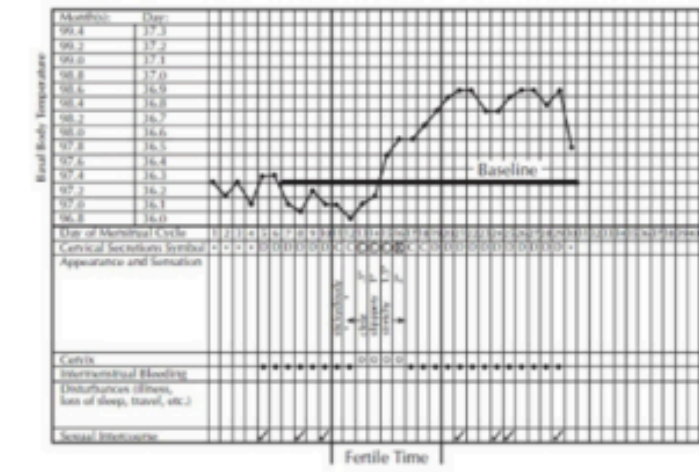
Marquette Method Chart



TwoDay Method Decision Tool



Symptothermal Method Chart



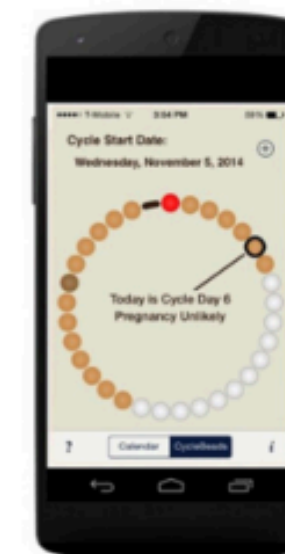
Dot App



Natural Cycles App



Standard Days Method (CycleBeads App)



Índice de Pearl (IP)

CÁLCULO BASADO EN EL NÚMERO DE
EMBARAZOS NO PLANIFICADOS POR
CADA 100
MUJERES EN UN AÑO.



Table 1. Fertility awareness–based methods overview

Method Name	Efficacy ¹		Learning Period	Restrictions for Users	Physiologic Signs or Symptoms	Tools Needed	Provider Engagement	Support Resources
Single Sign/Symptom Methods								
	Perfect Use	Typical Use						
*Billings Ovulation Method	3	23	Two to Four Weeks	None	Cervical Fluid	Paper or Electronic Menstrual Charts	Referral	Certified Instructor, eBooks, Charting Apps; Website
Dot ²	1	5.8	None – Can Begin Use Immediately Conservative Estimates in Initial Cycles	Cycle Lengths Between 20–40 Days	Menstrual Cycle Start Dates	iOS or Android App	Demo App Use	In-App Tutorial; Web-Based Overview
Natural Cycles	1	8.3	None – Can Begin Use Immediately Conservative Estimates in Initial Cycles	None	Basal Body Temperature	Basal Body Thermometer iOS or Android App	Demo App Use	In-App Tutorial; Web-Based Overview
Standard Days Method (Cycle Beads)	5	12	None – Can Begin Immediately	Cycle Lengths Between 26–32 Days	Menstrual Cycle Start Dates	Cyclebeads; or Cycle Beads App (iOS or Android); or Paper Calendar	Demo Beads, App, or Calendar, Depending on Interest	Provider Counseling Job Aid Fact Sheet ; Website
Two Day Method	4	14	None – Can Begin Immediately	None	Cervical Fluid	iPhone App;	In-Clinic Training; or Demo App Use	In-App Tutorial; Website
Multiple Signs/Symptoms Methods								
	Perfect Use	Typical Use						
*Marquette Method – Cervical Fluid and Urinary LH Test ³	NA ³	6.8	Can Begin Upon Completion of Training	Cycle Lengths Between 22–42 Days	Cervical Fluid Urinary Hormone Test *Optional – Basal Body Temperature	Clearblue Fertility Monitor and Urinary Strips Paper or Electronic Fertility Chart	Referral	Certified Instructor, Charting App, Website
Symptothermal Method	0.4	2	3 Cycles to Use as a Contraceptive Method	None	Cervical Fluid Basal Body Temperature *Optional – Cervical Positioning Urinary Hormone Test	Basal Body Thermometer Paper or Electronic Fertility Chart	Referral	Certified Instructor, Ebook , Workbook , Book , In-App Tutorials for Charting Apps (e.g., Kindara, Lily, Ovuvue, Ladycycle)

* Support resources for these methods utilize natural family planning guidelines for abstinence during the fertile window.

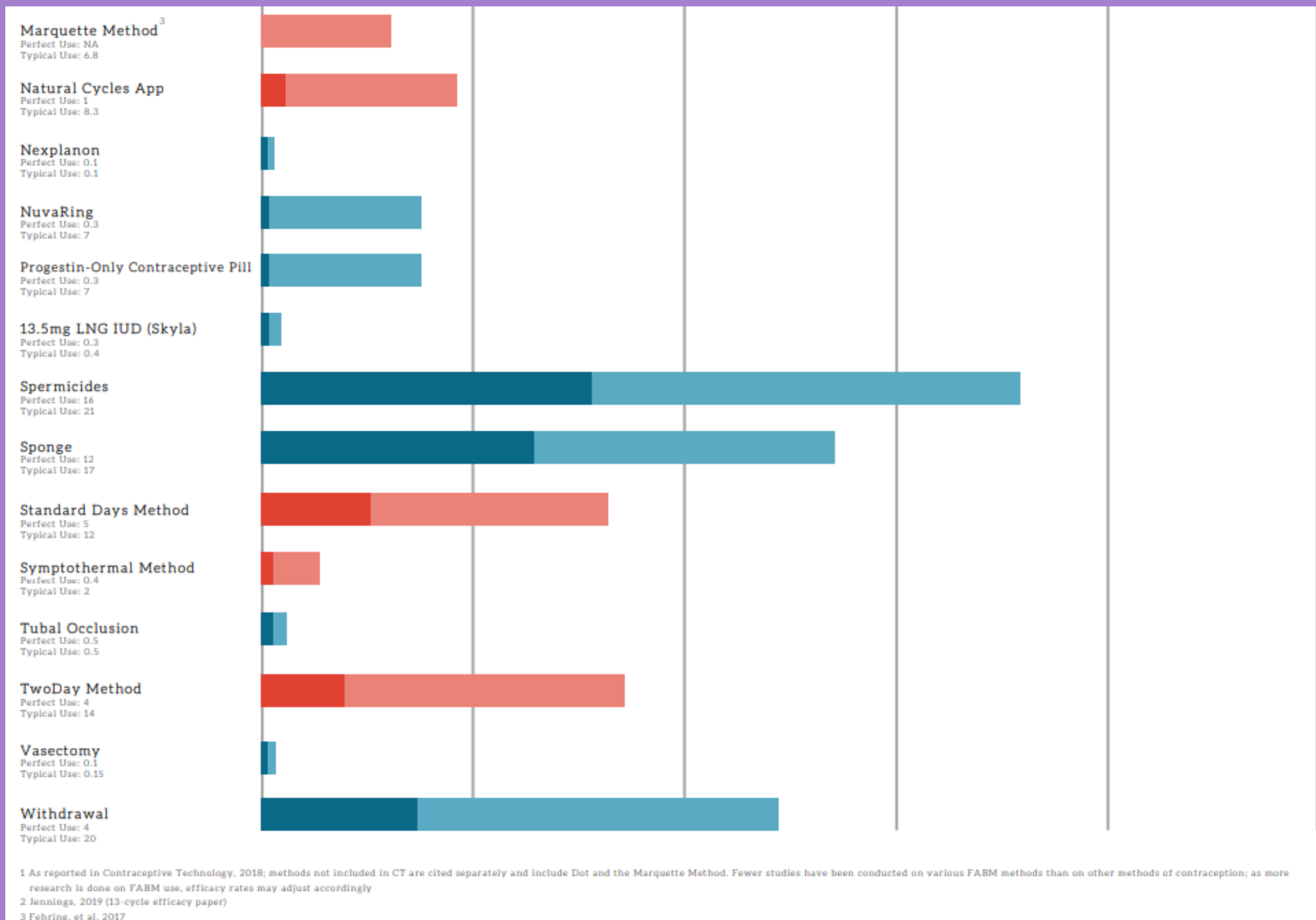
¹ As reported in Contraceptive Technology, 2018; methods not included in Contraceptive Technology are cited separately and include Dot and the Marquette Method. Fewer studies have been conducted on various FABM methods than on other methods of contraception; as more research is done on FABM use, efficacy rates may adjust accordingly

² Jennings, et al. 2019

³ Fehring, et al. 2017; Perfect use rates exist for other variants (cervical fluid only/monitor only) of the Marquette Method.

% of women in the United States experiencing an unintended pregnancy within the first year of use





	First-Year Pregnancy Rate ^a (Trussell & Aiken ^b)		12-Month Pregnancy Rate ^c (Polis et al. ^d)	Key
Family planning method	Consistent and correct use	As commonly used	As commonly used	
Implants	0.1	0.1	0.6	0–0.9
Vasectomy	0.1	0.15		Very effective
Female sterilization	0.5	0.5		
Levonorgestrel IUD	0.5	0.7		1–9
Copper-bearing IUD	0.6	0.8	1.4	Effective
LAM (for 6 months)	0.9 ^e	2 ^e		
Monthly injectable	0.05 ^e	3 ^e		10–19
Progestin-only injectable	0.2	4	1.7	Moderately effective
Combined oral contraceptives	0.3	7	5.5	
Progestin-only pills	0.3	7		
Combined patch	0.3	7		20+
Combined vaginal ring	0.3	7		Less effective
Male condoms	2	13	5.4	
Standard Days Method	5	12		
TwoDay Method	4	14		
Ovulation method	3	23		
Other fertility awareness methods		15		
Diaphragms with spermicide	16	17		
Withdrawal	4	20	13.4	
Female condoms	5	21		
Spermicide	16	21		
Cervical cap ^f	26 ^g , 9 ^h	32 ^g , 16 ^h		
No method	85	85		

	Embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso	
Método	Uso sistemático y correcto	Uso habitual
Métodos basados en el calendario		
Método de los días fijos	5	12
Métodos basados en los síntomas		
Método de los dos días	4	14
Método de la ovulación	3	23
Método sintotérmico	<1	2

Recuperación de la fertilidad tras dejar de usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Sin demora

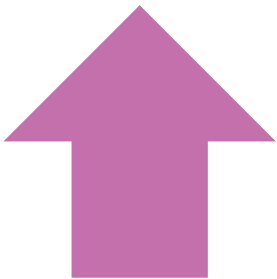
Protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

TABLA C.1. EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, TASA DE EMBARAZOS POR 100 MUJES EN LOS PRIMEROS 12 MESES DE USO

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	USO CORRECTO Y CONSISTENTE	USO TIPICO
SIN MÉTODO	85	85
IMPLANTES DE PROSTÁGENO SOLO	0.05	0.05
VASECTOMÍA	0.1	0.1
INYECTABLES COMBINADOS	0.1	3
INYECTABLES PROSTÁGENO SOLO (AMPD)	0.3	3
ESTERILIZACIÓN FEMENINA	0.5	0.5
DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	0.2	0.2
DISPOSITIVO INTRAUTERINO TCu 380A	0.6	0.8
ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROSTÁGENOS SOLO (EN LACTANCIA)	0.5	1
MÉTODO DE AMENORREA DE LACTANCIA (MELA)	0.5	2
ANTICONCEPTIVOS ORALES ORALES	0.1	6-8
ANILLO VAGINAL COMBINADO Y PARCHÉ TRÁNSDERMICO COMBINADO	0.5	6-8
ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROSTÁGENO SOLO (SIN LACTANCIA)	0.5	6-8
CONDÓN MASCULINO	2	15
COITO INTERRUPTIDO	4	19
DIAFRAGMA CON ESPERMICIDA	6	16
ABSTINENCIA PERIODICA	1-9	25
CONDÓN FEMENINO	5	21
ESPERMICIDAS	18	29
0-1 MUY EFECTIVO	2-9 EFECTIVO	10-30 MENOS EFECTIVO

* Tasa de falla en los primeros 6 meses posparto.
Tabla adaptada de (1)(2)(3)(4)(5).

MÁS EFECTIVO



A ESTO SE LE LLAMA ENFOQUE TRADICIONAL DE LA EFICACIA ESCALONADA.

DADO QUE LOS MÉTODOS DE PFN ESTÁN ABAJO EN ESTA ESCALA, SU DISCUSIÓN O OFERTA SUELE SER LIMITADA..

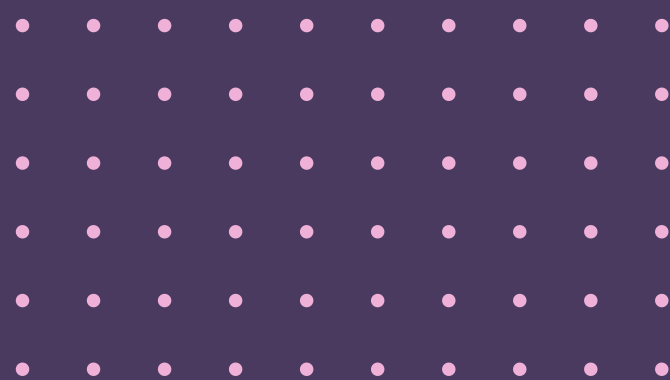
LA BAJA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS PROVEEDORES SOBRE CÓMO ASESORAR O EDUCAR A LAS PACIENTES TAMBIÉN CONTRIBUYE A LAS LAGUNAS EN SU OFERTA EN ENTORNOS CLÍNICOS.



MENOS EFECTIVO

Normas nacionales de regulación de la fertilidad, 2016

VENTAJAS



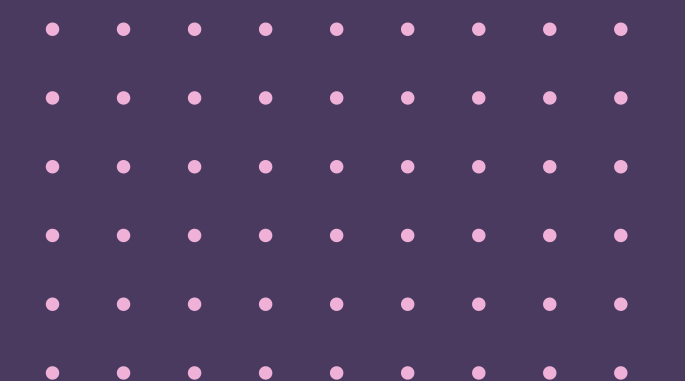
1 Son efectivos.

2 Son económicos.

3 Son versátiles.

4 No requieren drogas ni artefactos.

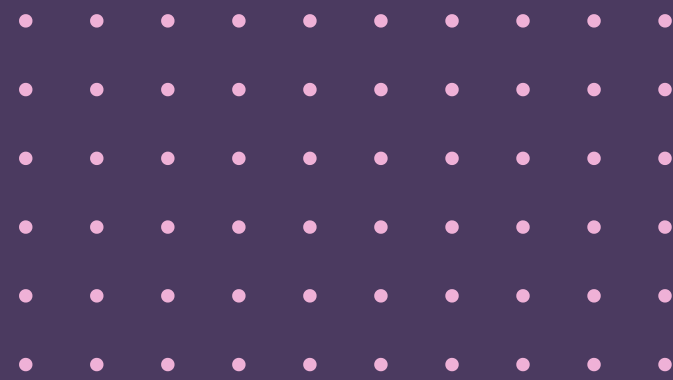




VENTAJAS

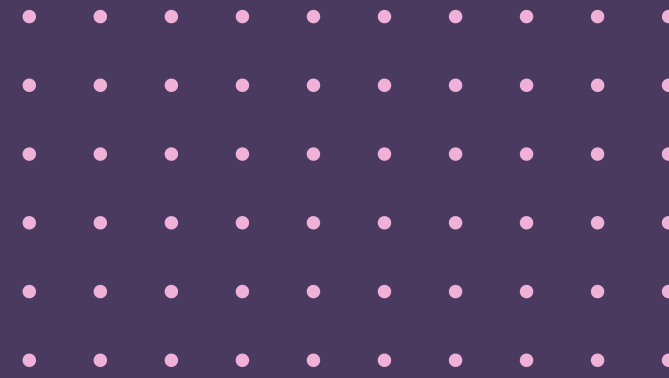
- 5 No requieren tener un alto nivel educacional.
- 6 Contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos
- 7 Promueven el diálogo en la pareja y la co-responsabilidad.
- 8 Después de la capacitación inicial, muchos/as usuarios pueden practicar el método sin necesidad de seguimiento periódico.
- 9 La capacidad de las personas para comprender e interpretar sus datos del ciclo tiene el potencial de mejorar la salud reproductiva.

DESVENTAJAS



- 1 Al ser métodos colaborativos dependen de la participación activa de la pareja y, por lo tanto, no se recomiendan para personas en relaciones coercitivas o de violencia donde la negociación del condón o la actividad sexual sería un desafío/ imposible.
- 2 Pueden presentarse dificultades para descubrir cómo vivir constructivamente la abstinencia.

DESVENTAJAS



3 El período de aprendizaje dura entre 1 y 4 meses.

4 Llevar un registro del ciclo puede resultar difícil para algunas personas. El registro debe mantenerse mientras se use el método.

Criteria Médicos de Elegibilidad OMS

Aceptar (A)

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas.

No hay ninguna afección que impida utilizar estos métodos

La única restricción importante es la condición en que la mujer corre un riesgo inaceptable si se embaraza.

Si la mujer decide usarlos, tienen que ser usados con supervisión profesional hasta alcanzar una adecuada autonomía de uso.

Cuidado/cautela (C):

En ciertas etapas del ciclo vital: Menarquia, perimenopausia, lactancia ó en proceso post aborto.

Uso de medicamentos como:

- ➔ ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
- ➔ ANSIOLÍTICOS (EXCEPTO LAS BENZODIAZEPINAS)
- ➔ LITIO
- ➔ USO PROLONGADO DE CIERTOS ANTIBIÓTICOS Y CIERTAS DROGAS ANTIINFLAMATORIAS (COMO ASPIRINA O IBUPROFENO).

Normas nacionales de regulación de la fertilidad, 2016

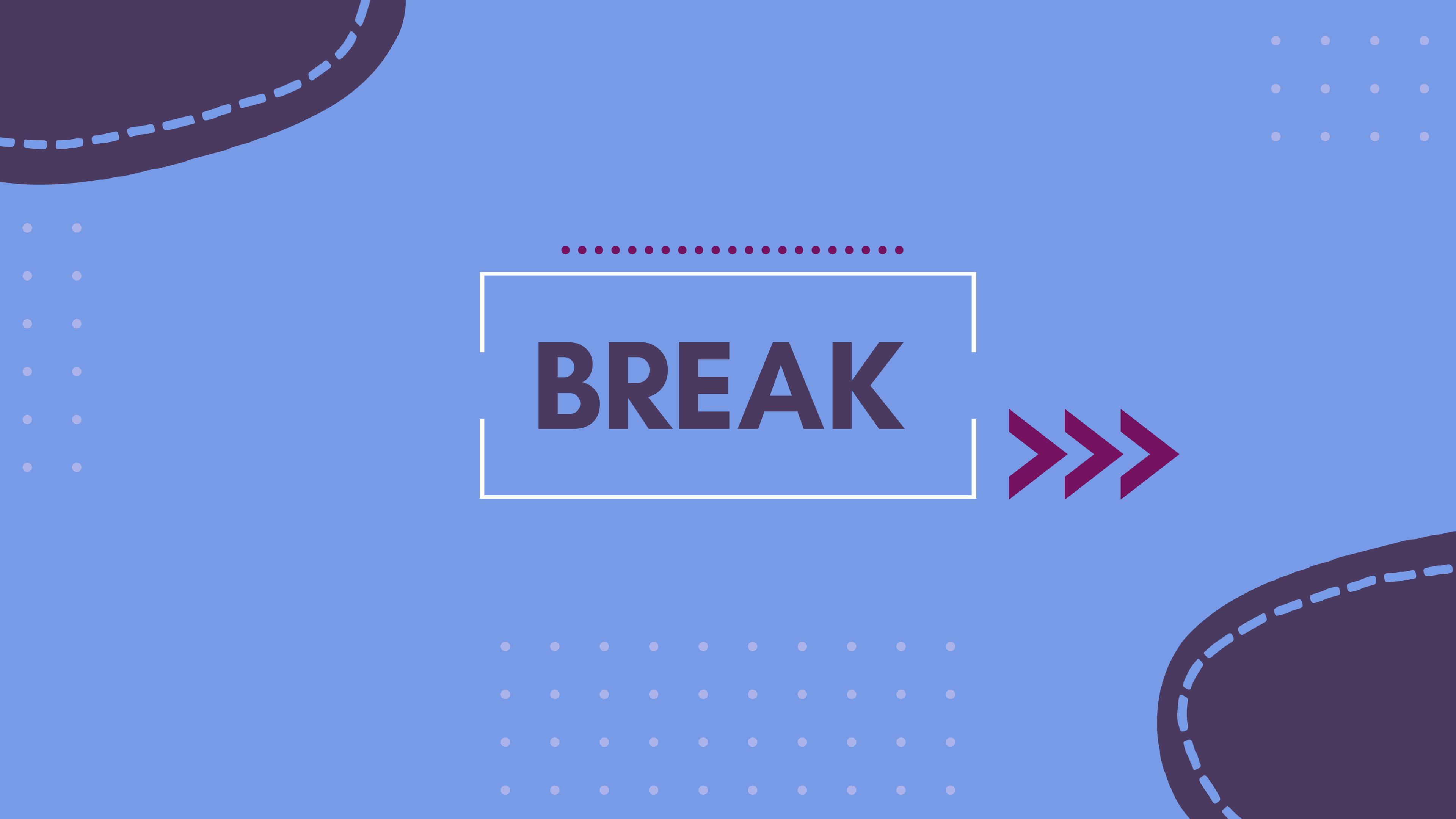
Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3.ed. actualizada, 2019

Retrasar/demorar (R):

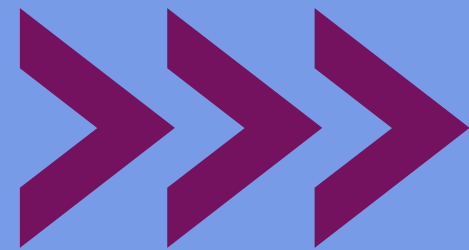
Parto reciente o lactancia materna en curso. (Demore hasta que se hayan restablecido las secreciones normales: esto suele ocurrir al menos 6 meses después del nacimiento en las mujeres que amamantan y al menos 4 semanas después del parto en las mujeres que no amamantan. Durante varios meses después de que se hayan restablecido los ciclos regulares, use estos métodos con cautela.)

Descarga vaginal.

Enfermedades agudas o crónicas que afecten la TBC.



BREAK



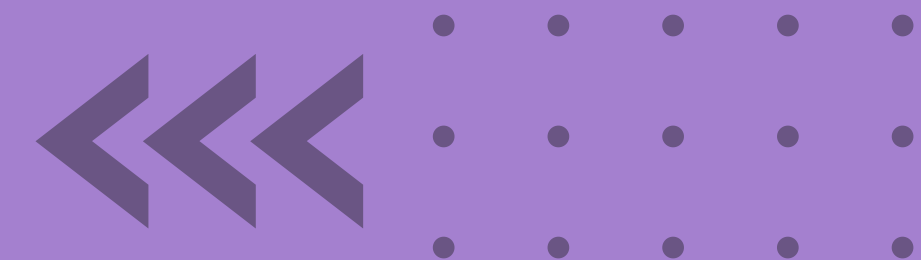


CONTENIDOS

1 Descripción general del curso

2 Fundamentos de la Planificación Familiar Natural

3 Enfoque de Género en la regulación de la fertilidad.



TEMA 3: Enfoque de Género en la regulación de la fertilidad.



Sexo

se refiere a las diferentes características biológicas y fisiológicas de hombres y mujeres, como los órganos reproductivos, cromosomas, hormonas, etc.



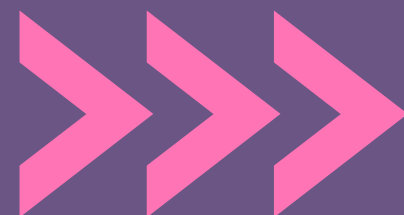
Género

se refiere a las características socialmente construidas de mujeres y hombres, como normas, roles y relaciones de y entre grupos de mujeres y hombres.



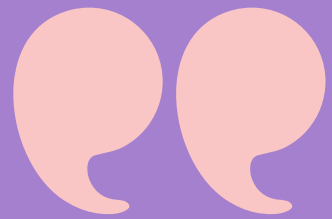
Igualdad de género

se refiere a las mismas oportunidades para mujeres y hombres de acceder y controlar recursos sociales, económicos y políticos, incluyendo la protección bajo la ley (como servicios de salud, educación y derechos de voto).



TEMA 3: Enfoque de Género en la regulación de la fertilidad.

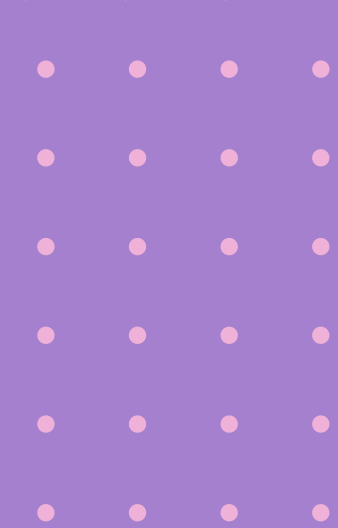
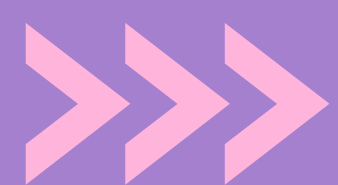
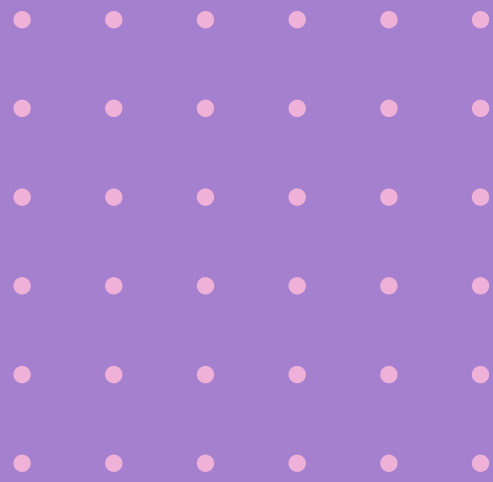
ENFOQUE DE GÉNERO

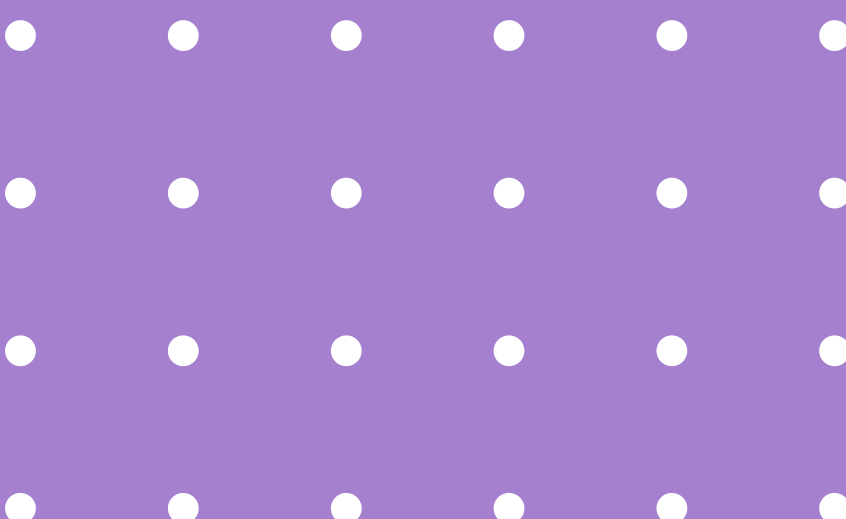


El concepto de género es relacional: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades.



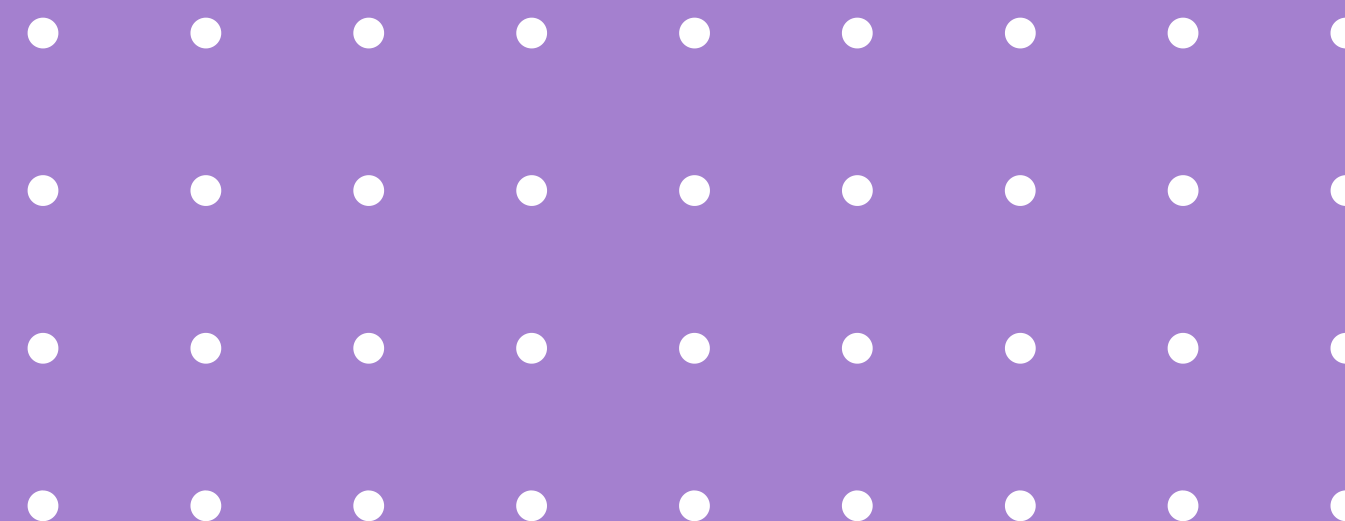
(Borrell et al, 2004).





ESTRATEGIA

**ERRADICAR TODAS LAS FORMAS DE
VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN CONTRA
NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES.**



Según las últimas estimaciones mundiales:

35%

DE LA POBLACIÓN FEMENINA HA SIDO ALGUNA VEZ EN LA VIDA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE PAREJA O DE VIOLENCIA SEXUAL FUERA DE LA PAREJA.

30%

DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UNA RELACIÓN DE PAREJA HAN EXPERIMENTADO ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL POR PARTE DE SU COMPAÑERO.

38%

DE LOS ASESINATOS DE MUJERES HAN SIDO COMETIDOS POR SUS RESPECTIVAS PAREJAS.

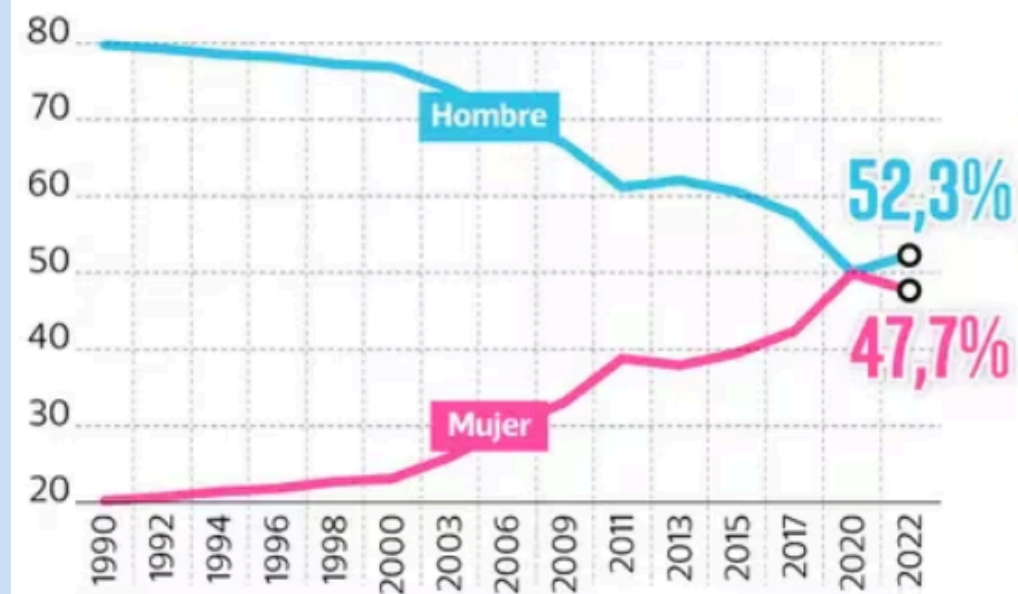
LAS MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE ABUSOS FÍSICOS O SEXUALES PRESENTAN TASAS MÁS ELEVADAS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, EMBARAZOS NO DESEADOS Y ABORTOS INDUCIDOS Y ESPONTÁNEOS.

LAS MUJERES EXPUESTAS A LA VIOLENCIA EN LA PAREJA TIENEN EL DOBLE DE PROBABILIDADES DE SUFRIR DEPRESIÓN, CERCA DEL DOBLE DE PROBABILIDADES DE PADECER TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y 1,5 VECES MÁS PROBABILIDADES DE CONTRAER EL VIH U OTRA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.



ALZA DE HOGARES CON JEFATURA FEMENINA EN CHILE

Las jefaturas de hogar lideradas por mujeres se ha duplicado durante las últimas tres décadas, sobre todo en hogares monoparentales (una mujer y sus hijos) al igual que en hogares donde la mujer vive sin cónyuge ni hijos.



FUENTE: Encuesta Casen

LA TERCERA



#FinancemosLaIgualdad



Las mujeres dedican 3 veces más tiempo que los hombres al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

SON ENTRE 22,1 Y 42,8 HORAS SEMANALES, MIENTRAS QUE LOS HOMBRES DEDICAN ENTRE 6,7 Y 19,8 HORAS.

Considerando datos de 16 países de la región.
Fuente: CEPAL, 2023.





OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Fuente: Naciones Unidas



3. SALUD Y BIENESTAR

META 3.7

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

INDICADOR 3.7.1

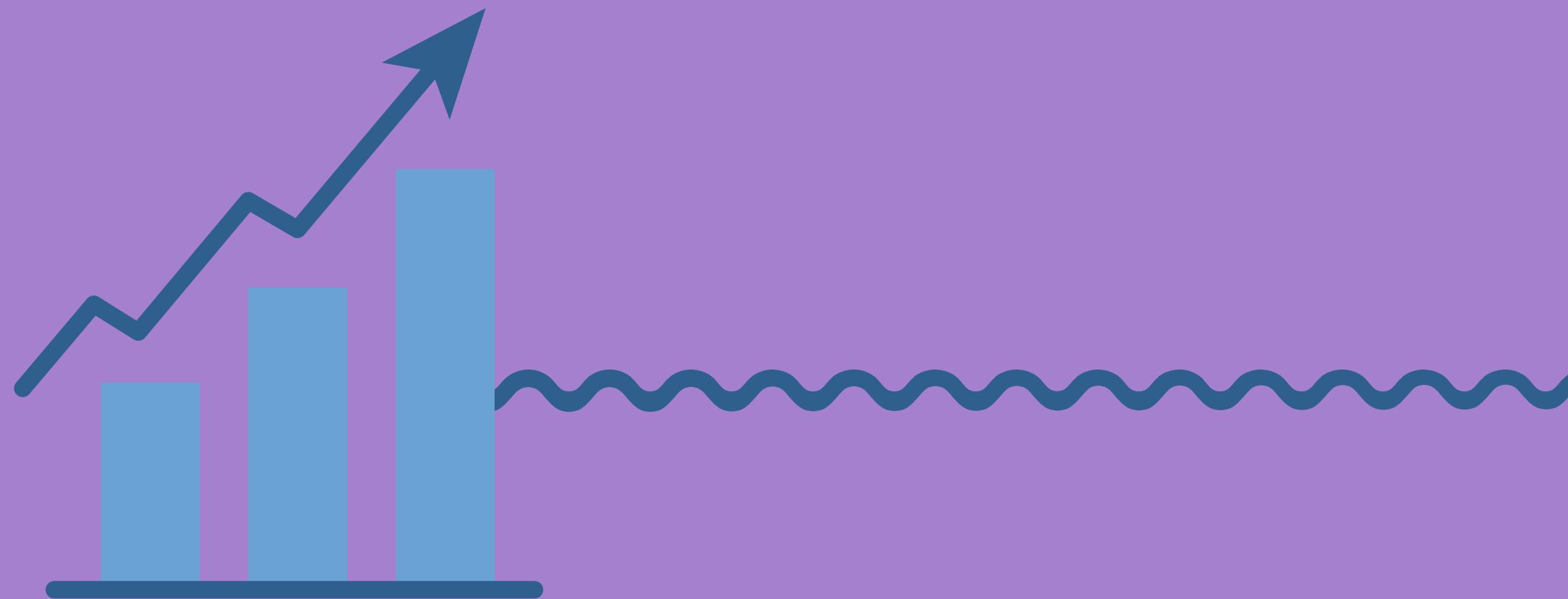
3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos

Indicador	Línea base	Último dato	Unidad de medida	Desagregaciones	Años reportados
3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos	64,9 (2016)	64,9 (2016)	Porcentaje	Total, región	2016
3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad	44,7 (antes 2016)	32,3 (2016)	Número de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 19 años por cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años	Total, región	Antes 2015, 2015, 2016

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI).

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (**de 15 a 49 años**) cuyas necesidades de planificación familiar se encuentran satisfechas mediante métodos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS) es, en todo el mundo, del **77,5% en 2022**, un aumento del 10% desde 1990 (**67%**).

10%
DESDE
1990



Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, 2022. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022.



“Para ello debemos escuchar activamente
y responder a las demandas de las
mujeres, reconociendo su capacidad de
acción y sus derechos humanos a tomar
decisiones informadas sobre sus cuerpos y
sus vidas”



Sandra Oyarzo Torres
Presidenta de la confederación internacional de matronas.



5. IGUALDAD DE GÉNERO

Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

5.6.1 Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva

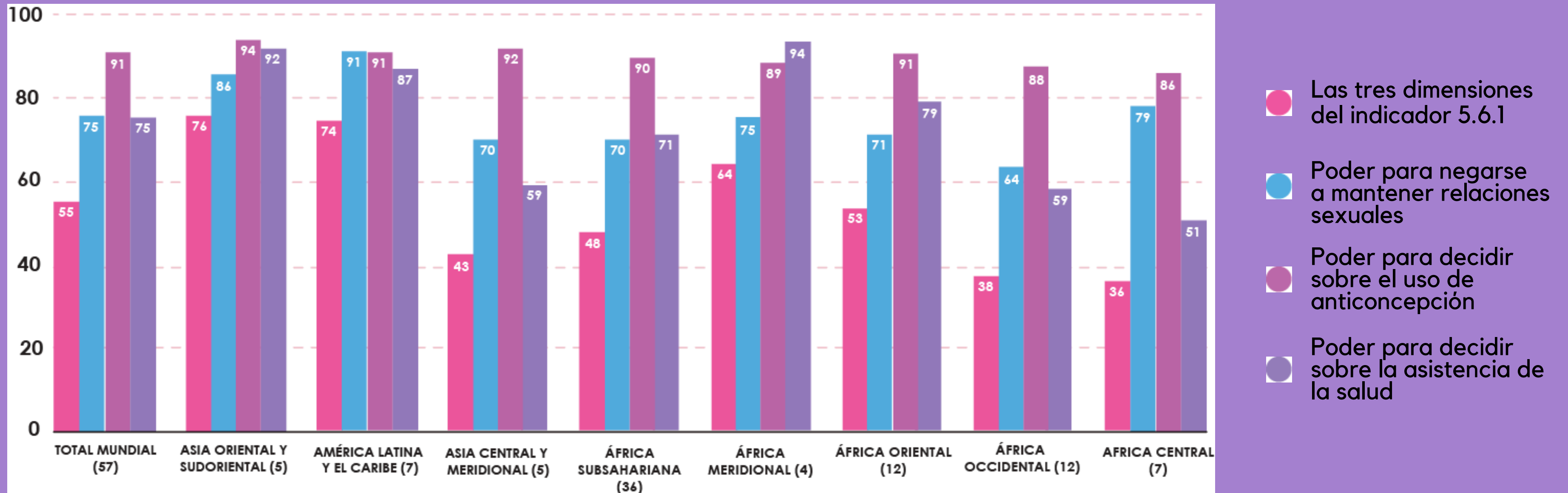
¿Quién decide respecto a su atención en salud?

¿Quién suele decidir sobre si usted debería o no utilizar anticonceptivos?

¿Puede decir que no a su marido o pareja si no desea mantener relaciones sexuales?

Gráfico 1

Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (lo que incluye decidir sobre su propia atención médica y el uso de anticonceptivos; y que pueden negarse a mantener relaciones sexuales), por región de los ODS, datos más recientes de 2007 a 2018



NOTA: El número de países con datos de cuentas comparables incluidos en los totales regionales se presenta entre paréntesis

Fondo de la población de las Naciones Unidas, Bases de datos mundiales, 2020. Basado en las encuestas demográficas y de salud (EDS). Las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales llevadas a cabo en el periodo 2007- 2018.

Regulación de la fertilidad desde un enfoque de género:

1

La posibilidad de regular la propia fertilidad tiene efectos positivos para las mujeres.

2

La anticoncepción puede ser una carga para las mujeres.

3

Las relaciones entre mujeres y hombres son determinantes en la toma de decisiones sobre anticoncepción.

4

Las relaciones de género afectan la negociación para el uso de ciertos métodos.

5

La relación entre usuarias/os y proveedoras/es puede estar influenciada por factores de género.

6

El manejo de los efectos adversos puede estar influenciado por factores de género.

7

La eficacia anticonceptiva de un método es esencial para las mujeres.



Especificidad

Las y los profesionales de la matronería deben reconocer que algunas **PERSONAS** que se identifican como mujeres no son físicamente capaces de quedar embarazadas y que algunos que se identifican como hombres pueden tener necesidades de asesoramiento particulares.

Es importante que los proveedores de planificación familiar tengan en cuenta consideraciones específicas, como:

1

AFIRMAR LA IDENTIDAD DE GÉNERO DE LA PERSONA.



2

SER CONSCIENTES DE POSIBLES NECESIDADES ESPECÍFICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



3

CONSIDERAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO Y LOS DETERMINANTES SOCIALES QUE PODRÍAN AFECTAR LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD REPRODUCTIVA.



9 Principios de DD.HH.

1

NO DISCRIMINACIÓN

Respetar las necesidades y deseos de cada persona. Dejar de lado los juicios personales y cualquier opinión negativa.

2

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

No excluir ningún método y no retener información.

3

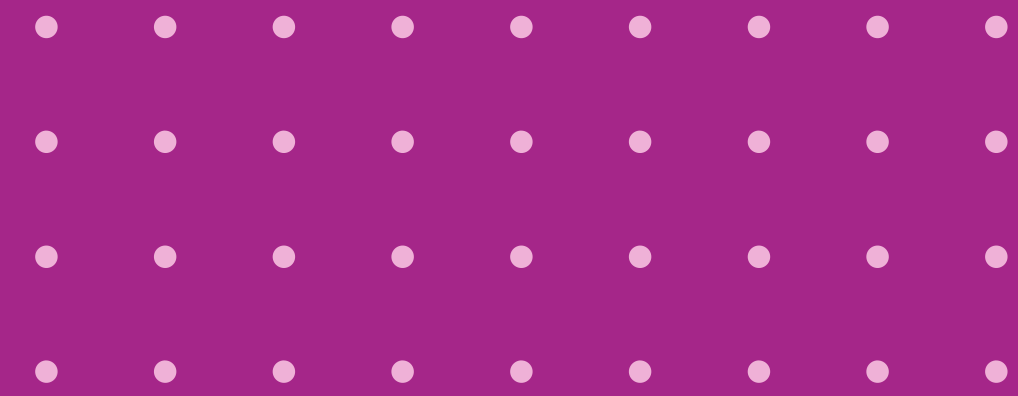
INFORMACIÓN Y SERVICIOS ACCESIBLES

No pedir a las personas, incluso a los jóvenes, que obtengan el permiso de otra persona para usar la planificación familiar o un método de planificación familiar en particular.

4

INFORMACIÓN Y SERVICIOS ACEPTABLES

Preguntar qué es importante para las personas: qué quieren y cómo lo quieren.



9 Principios de DD.HH.

5

CALIDAD

Mantén tus conocimientos y habilidades actualizados. Utiliza buenas habilidades de comunicación.

6

TOMA DE DECISIONES INFORMADA

Explica claramente los métodos de planificación familiar, incluyendo cómo usarlos, cuán efectivos son y qué efectos secundarios pueden tener.

7

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

No hables sobre tus pacientes con otros, excepto con permiso y según sea necesario para su cuidado.

8

PARTICIPACIÓN

Pregunta a las personas qué piensan sobre los servicios de planificación familiar. Actúa según lo que dicen para mejorar la atención.

9

RESPONSABILIDAD

Hazte responsable del cuidado que das a las personas y de sus derechos.

LAS MATRONAS DEBEMOS PROMOVER QUE LAS PERSONAS PUEDAN...

- Tener pleno y equitativo acceso a la atención de salud sexual y reproductiva, información y educación.
- Tomar sus propias decisiones informadas respecto a su atención de salud, el uso de anticonceptivos y si consienten o no tener relaciones sexuales con su pareja; esto incluye el derecho a tomar decisiones de manera individual o con su pareja.

LA PRÓXIMA CLASE.

DDYR con enfoque de
género y DDHH.