

Programas Preventivos dirigidos a la Mujer

Deiza Troncoso Miranda
Socióloga
Doctora en Sociología
Máster en Servicios Públicos y Políticas Sociales
Máster en Gerontología

Contexto: Un poco de historia reciente sobre el tema (1)

En el periodo que va desde el año 1990 al 2017 el rol del Estado en relación a las políticas sociales se transforma de “subsidiario” a “regulador”. Se enfatiza la preocupación por las diversas realidades socioeconómicas, culturales y geográficas que conviven en el país, las que pasan a ser consideradas como parte de un todo, y además sugiere que las políticas económicas y sociales se entiendan como complementarias. El gasto social aumenta considerablemente pero siempre sujeto a la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y se busca profundizar la descentralización. Se intentó relacionar economía y salud con el objeto de producir un “círculo virtuoso” que incrementara la calidad del capital humano, mejorara la productividad y la competitividad, generara empleo, alentara la investigación y la innovación tecnológica. Además Moreno indica en 2017, en un informe realizado para MINSAL por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que se consideró que la salud es una condición indispensable para que exista una auténtica igualdad de oportunidades.

En 1991, se formula el Programa de Salud Materna y Perinatal (1991 – 1997) cuyo propósito fue el de “Contribuir al desarrollo integral; físico, mental y social de la mujer desde la perspectiva ginecoobstétrica, la gestante, el producto de la concepción y el recién nacido, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”.

En 1997, ante las recomendaciones de incorporar el enfoque de género en las actividades programáticas, el mencionado programa se reformuló en un Programa de Salud de la Mujer y definió un marco conceptual/ teórico referido a lo reproductivo.

Cuadro 1. Principales hitos de políticas y programas en salud, salud sexual y salud reproductiva (1964 - 2017)

- 1924 - Ley 4.054, que crea la Caja del Seguro Obrero en 1924
- 1931 - Se legalizó el aborto terapéutico contemplándose en el artículo 226 del Código Sanitario
- 1936 - Se crea la Sección Madre e Hijo de la Caja del Seguro Obrero
- 1939 - Se crea "Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y a la Adolescencia"
- 1953 - Unificación del Sistema Nacional de Salud (SNS)
- 1966 - Inicio de Plan de Regulación de la Natalidad
- 1967 - Programa de Planificación Familiar y Paternidad Responsable
- 1979 - Política de Población (ODEPLAN)
- 1987 - Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino
- 1989 - Derogación del artículo N°119 del Código Sanitario que regulaba el aborto terapéutico
- 1990 - Se crea la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA)
- 1991 - Programa de Salud Materna y Perinatal.
- 1995 - Programa Nacional de Cáncer de Mama
- 1997 - Programa de Salud de la Mujer
- 1998 - Política Nacional de Salud del Adolescente
- 2006 - Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad
- 2007 - Se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo
- 2008 - Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes
- 2010 - Ley N° 20.418, que fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad
- 2012 - Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
- 2017 - Ley N° 21.030 que Despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

I. Programa Salud de la Mujer (2, 3)

Propósito:

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Objetivos Generales:

1. Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
2. Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
3. Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
4. Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.
6. Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer.

El objetivo de la implementación del Programa en APS es lograr el máximo de cobertura en la vigilancia de algunos procesos biológicos expuestos a riesgos, que tiene la mujer durante su ciclo vital. El Sistema debe responder a la demanda de atención efectuando los controles y consultas. Fomenta y promueve el autodiagnóstico de riesgo y el desarrollo de habilidades que permitan tomar decisiones que puedan eliminar o disminuir los riesgos a los que las mujeres se ven enfrentadas. Educa y apoya con beneficios sociales y legales a la mujer, satisfaciendo demandas de morbilidad de la mujer y derivando en forma oportuna al nivel de atención superior cuando es pertinente.

II. Salud Sexual y Salud Reproductiva (1)

En el año 2002 la OMS define la salud sexual como “un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.

A su vez, en el 2003 la definición de la OMS conceptualiza la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Este estado de bienestar de la salud reproductiva relacionado con la salud sexual de una persona, implica “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”, según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD (párr. 7.2). Así, la salud reproductiva se vincula con la salud sexual, sin que esto implique que dependan mutuamente, reconociéndose el derecho de las personas a acceder a servicios de salud adecuados, independientemente de cuál sea su situación reproductiva.

Abordar la salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos humanos (DD.HH.), amerita también tener presente a la diversidad sexual (LGBTI); y en esta línea los conceptos de orientación sexual e identidad de género.

La orientación sexual es definida en los Principios de Yogyakarta -Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género- como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas” (2007). En esta perspectiva se ubican los términos heterosexualidad, homosexualidad (lésbica o gay) y bisexualidad.

De conformidad con los Principios de Yogyakarta, la identidad de género “se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos,

quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

La salud sexual y la salud reproductiva se entienden como procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. Es así que en esta conceptualización, la sexualidad abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La OMS indica que la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (2006).

Bajo este paradigma, la salud sexual y la salud reproductiva se convierten en procesos de construcción relacional donde intervienen el contexto social y los comportamientos individuales, familiares y comunitarios; que exigen una nueva cultura de cuidado y de una nueva respuesta institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones. En esta perspectiva, se fortalece el concepto de que la contribución para el logro de una salud sexual y salud reproductiva saludables, es una responsabilidad multisectorial y resultado de un abordaje interdisciplinario.

Enfoques a tener presente¹:

- A. de Derechos Humanos
- B. de Desarrollo Humano
- C. de Curso de vida
- D. de Género
- E. de Interculturalidad
- F. de Determinantes Sociales

Principios a considerar:

1. Autonomía
2. Equidad
3. Igualdad y no discriminación

¹ Conceptos que se desarrollan en otro apunte docente

4. Integralidad: sectorial e intersectorial

5. Participación

III. Climaterio (4)

A. Importancia del estilo de vida en los cuidados preventivos en la salud de la mujer en edad de climaterio:

- Dietas y buenos hábitos de alimentación: Debería recomendarse una alimentación con efectos favorables sobre los lípidos, insulino-resistencia, síndrome metabólico, capacidad antioxidante, mortalidad cardiovascular e incidencia de cáncer.
- Actividad física, combatir el sedentarismo: realizar actividad física aeróbica moderada por 30 minutos la mayoría de los días de la semana; si el ejercicio es caminar, debe ser a buen paso, constante y lograr acelerar el pulso para que sea efectivo. (Programa actividad física para prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares disponible: www.minsal.cl)
- Detención del tabaquismo: El equipo de salud debe asumir la consejería activa para obtener el abandono del consumo de cigarrillos en todos los casos.

B. Actividades promocionales para ser realizadas en APS:

- *Consejería para mujeres en edad de climaterio*

El objetivo de esta consejería es orientar a las consultantes e informarles que existe un conjunto de pautas sobre cómo adoptar estilos de vida saludables, los que finalmente conducirán a un mejor nivel de salud y calidad de vida. Temas posibles a abordar en la consejería: Identificar los conflictos que más afectan su calidad de vida: violencia Intrafamiliar (VIF); relaciones familiares: definir etapa del ciclo vital individual y familiar en que se encuentre la usuaria: dinámica familiar, redes de apoyo; relaciones sociales: estimular el desarrollo de vínculos con el entorno; uso de tiempo libre: recreación, hobbies, cine, TV, otros; nutrición: reforzar la dieta balanceada. Referir a nutricionista a las mujeres que estén fuera del rango normal de IMC de 18 a 24,9; Consumo problemático y/o dependencia de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias.

Orientaciones en salud sexual, en la etapa de climaterio: Aunque la sexualidad no debería representar un problema, los condicionamientos sociales han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a esta importante área de la experiencia humana, por lo que con frecuencia se recurre a los profesionales de la salud para solucionarlos. En salud sexual, la consejería se entiende como una labor de apoyo, educativa y facilitadora de procesos que potencien la salud sexual, y que benefician la toma de decisiones informadas en el ámbito sexual.

La consejería en salud sexual cumple una doble función: la promoción y la prevención. Promoción de una vida sexual saludable, placentera, sin culpas ni miedos, entregando información que permita a la mujer facilitar el reconocimiento corporal en esta etapa de la vida, la comunicación con la pareja y la búsqueda de espacios de intimidad. Prevención, lo que implica compartir información con las personas acerca de comportamientos sexuales más seguros, apoyarlos a identificar sus riesgos y buscar

fórmulas para evitarlo (por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual, trastornos en la ejecución sexual, uso adecuado de lubricantes íntimos)

- Talleres educativos para mujeres en edad del climaterio

Se recomiendan las actividades educativas e informativas grupales, de carácter interactivo, de forma periódica con apoyo de material explicativo y del personal de salud.

Propuesta de un temario básico según las inquietudes de las participantes:

- Menopausia y climaterio: mitos y realidades.
- Importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoestrogenismo. Salud cardiovascular y salud ósea.
- Epidemiología y prevención del cáncer ginecológico y mamario.
- Sexualidad en la etapa post-reproductiva.
- Desórdenes del sueño.
- Salud mental, autoestima y reconocimiento de su nuevo lugar en la familia, la sociedad y su nuevo proyecto de vida.

Además de los encuentros grupales, se debe promover la educación individual en el control y consulta diaria, donde la promoción de salud y el desarrollo de acciones preventivas constituyen un pilar fundamental.

Prevención de enfermedades:

Las medidas preventivas primarias elementales incluyen la corrección de los factores de riesgo para osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y cánceres (en epígrafe V).

1. *Riesgo de enfermedades cardiovasculares:* el concepto de riesgo cardiovascular en la población objetivo se vuelve operativo cuando se aplica la definición del síndrome metabólico según los criterios ATP-III que permiten definir objetivos de tratamiento además de seleccionar personas con mayor riesgo. Se considera que toda persona que reúne 3 o más de los criterios de síndrome metabólico definidos en ATP III son prediabéticos.

2. *Riesgo de osteoporosis:* debido a la alta incidencia de fractura en las mujeres posmenopáusicas mayores y a la magnitud de la morbilidad asociada, es importante detectar tempranamente la presencia de osteoporosis, es decir masa ósea disminuida, con fragilidad, que predispone a fracturas. La menopausia es uno de los principales determinantes de disminución de la masa ósea y afecta a todas las mujeres; el tratamiento precoz con reposición hormonal es una alternativa farmacológica eficaz cuando no hay contraindicaciones para disminuir osteoporosis y fracturas en mujeres bien suplementadas con vitamina-D y calcio, sin embargo, su indicación debe considerar la presencia de otros factores de riesgo que permitan establecer los beneficios y riesgos de su uso, así como la preferencia de las usuarias. Aquellas mujeres que no reciban terapia de reposición hormonal o cese en su uso deben considerar otras medidas para protegerse del riesgo de osteoporosis y fractura.

Se recomienda aplicar el FRAX o el ORAI a toda mujer de la población objetivo y solicitar densitometría ósea de acuerdo a la tasa o puntaje obtenido. La densitometría ósea debería restringirse a mujeres menores de 60 años con patologías conocidamente productoras de osteoporosis o para el seguimiento de pacientes con osteoporosis demostrada.

IV. Salud Mental

En las últimas décadas se ha reconocido la importancia de estudiar la salud mental de las mujeres desde la perspectiva de género; se han enumerado una larga lista de condiciones que pueden afectar a las mujeres, resultado en menor o mayor medida de la discriminación de género (desigualdades hombres/mujeres). La socialización de género tradicional moldea a la mujer en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, autoestima baja, dependencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma; el esfuerzo de conciliar las necesidades familiares, las del mundo laboral con las propias influye sobre el estado de salud integral de la mujer. La incorporación del concepto de género en la atención sanitaria de la mujer requiere contar con un diagnóstico desagregado por sexo en relación a los problemas que se presentan en las distintas etapas del ciclo vital, desde la infancia a la vejez. (2)

La incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, en toda su diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su curso de vida (5).

Los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad, según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en 2007, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA)² están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. En las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. Las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, tienen casi el doble de probabilidades de presentar trastorno depresivo unipolar o trastornos por consumo de alcohol en comparación con las mujeres no víctimas de violencia. (6)

² Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones

Alrededor del 30% de las mujeres embarazadas sufre síntomas de depresión y/o ansiedad. Si se consideran únicamente los trastornos depresivos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%. Estudios nacionales y extranjeros señalan que la depresión y la angustia durante el embarazo, y los antecedentes depresivos previos serían los factores de riesgo más importantes para la depresión post parto. Asimismo, se han relevado los factores que implican un mayor estrés psicosocial y cuya presencia condicionarían un mayor riesgo de depresión post parto, entre ellos, la disconformidad respecto del propio cuerpo con posterioridad al parto, un alto nivel de sobrecarga relacionada con el cuidado del bebé, los antecedentes de violencia intrafamiliar, una pobre relación interpersonal con la pareja o con el padre del recién nacido y el nivel socioeconómico. La depresión durante la gestación y el periodo post parto, está asociada con problemas en los niños y niñas en distintos aspectos del desarrollo, tales como dificultades en el desarrollo del lenguaje, psicomotricidad, cognición, apego, aspectos emocionales, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, anomalías en el electroencefalograma, de malnutrición y neuroendocrinas.

Salud Mental y Ciclo Vital de la Mujer (5)

En el ciclo vital de una persona hay varias etapas sucesivas y, en cada etapa, la persona enfrenta un cierto tipo de crisis. Las crisis pueden ser normativas y no normativas; las crisis normativas, también llamadas evolutivas o transitorias, son situaciones connaturales a la vida, al desarrollo personal y al ciclo vital (p.ej. adolescencia, primer embarazo, jubilación). Las crisis no normativas son producidas por eventos inesperados y/o accidentales desde fuera de la familia que no forman parte del ciclo vital, son generalmente impredecibles, y se pueden producir en cualquier etapa del desarrollo - la muerte prematura de un hijo, un aborto, el divorcio-, provocadas por situaciones externas, como la violencia que ejerce el cónyuge o por eventos traumáticos repentinos.

En la atención de salud de las mujeres es importante llegar a identificar e introducir actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para cada etapa de la vida, en función de las crisis o tareas evolutivas que correspondan. La agudización de los estados de crisis constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres en función de la comprensión del carácter de crisis normativa o no normativa.

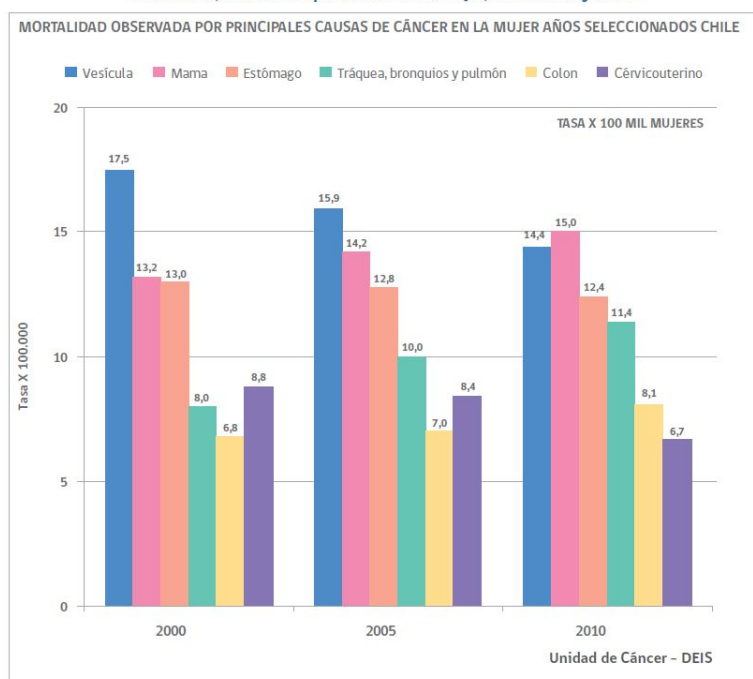
Para enfrentar la crisis es importante que los equipos de salud estén en condiciones de identificar el tipo de crisis; de recoger información que permita distinguir entre los niveles habituales de funcionamiento cotidiano y sintomatología o discapacidad actual; de identificar factores desencadenantes; de explorar los recursos personales y redes sociales disponibles en cada caso: trabajo, familia, educación, contactos sociales, amistades, etc.

V. Cáncer (4)

Principales problemas oncológicos en la mujer de 45 a 64 años (Programa de Cáncer)

De acuerdo a los datos oficiales del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) (gráfico 11), para el decenio 2000-2010 las primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres en Chile (independiente de su edad) corresponden en orden decreciente a cáncer de mama, seguido de vesícula-vías biliares, estómago, tráquea-bronquio- pulmón, colon y en sexto lugar cuello uterino.

Gráfico 11, mortalidad por cáncer en la mujer, entre 2000 y 2010



Cáncer de mama:

La tasa de mortalidad ajustada por cáncer de mama entre 1990 y 2009 ha variado de 13,1 a 11,7 por cien mil mujeres. El 2010, la tasa observada de cáncer de mama fue de 15,0 por cien mil mujeres (equivalente a 1.297 mujeres), siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres chilenas. La tasa de mortalidad por cáncer de mama aumenta a contar de los 45 años, donde se concentra el 90,2% de las defunciones. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama se estimó en 100 por 100.000. La mortalidad masculina por este cáncer llegó al 0,1 por 100.000 hombres con un total de 8 casos (DEIS 2010, MINSAL).

El Programa Nacional de Cáncer de Mama, consigna que en el sistema público los casos nuevos diagnosticados en etapas más precoces (in situ, I y II) han aumentado de 42,9% a 69% entre 1999 y el 2011. Así mismo, se observa una reducción de los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período, de 20,7% a 5,7%.

En Chile, el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama cuenta con una red de atención en la patología de mama y comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este cáncer. Además cuenta con una Guía de práctica clínica actualizada, protocolos de tratamiento, seguimiento y sistemas de registros y monitoreo de sus indicadores (<https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>).

Actualmente, la pesquisa de cáncer de mama se basa en:

- Realización del examen físico de mama (EFM) protocolizado y la enseñanza de autoexamen de mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 3 años y anual en mujeres con factores de riesgos. Este examen debe realizarlo un profesional matrn/a capacitado, bajo un protocolo estandarizado.
- Realización de mamografía cada 3 años gratis, independiente de su sistema de previsión de salud, focalizada en el grupo de 50 a 54 años a través del Examen de Medicina Preventiva (EMPA). Sin embargo, los casos con sospecha de una probable patología maligna (PPM), independiente de la edad deben ser derivados a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) con o sin mamografía y constituyen casos GES o AUGÉ. Las recomendaciones para la confirmación, tratamiento y seguimiento de esta patología, se encuentran en la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama, disponible en www.minsal.cl.

Cáncer de vesícula biliar:

El cáncer de vesícula biliar constituye un problema de salud pública particular de la población chilena, muy en especial de la mujer. Se presenta habitualmente asociado a enfermedad litiasica con diagnóstico tardío y con el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares. El cáncer de vesícula biliar, ocupa el segundo lugar entre las muertes por cáncer en la mujer, precedido por el cáncer de mama. De acuerdo a los datos del DEIS el 26,9% de las muertes por cáncer de vesícula se produce en mujeres entre 45 y 64 años, el 67,6% ocurre en mayores de 65 años y el 4,1% en mujeres menores de 45 años.

La ecotomografía abdominal es el examen estándar para confirmación diagnóstica de coleditiasis, presentando un 95% de sensibilidad y especificidad en presencia de cálculos superiores a 4 mm. de diámetro. (Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años. Series Guías Clínicas MINSAL 2010)

Cáncer cérvico-uterino:

En Chile, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública. El 2010 fallecieron 578 mujeres por esta causa, ocupando el sexto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) con 129 por 100 mil mujeres.

La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP). La edad de inicio y término de tamizaje recomendada es entre 25 y 64 años. Esto basado en que para mujeres menores de 25 años, la incidencia de un cáncer invasor es muy baja y un gran porcentaje de las

lesiones en este grupo pueden ser atribuidas a infección transitoria por VPH y regresan espontáneamente. Ante la sospecha de cáncer cérvico uterino la mujer debe ser derivada a un especialista o a la Unidad de Patología Cervical (UPC), cuando presenta citología sospechosa en un examen de citología exfoliativa del cuello uterino ("PAP positivo") o cuando tiene sospecha clínica de cáncer invasor. La mujer tiene derecho a las GES desde el tamizaje en adelante.

VI. Salud Laboral (2)

La incorporación de la mujer al mundo del trabajo en los últimos 20 años ha alcanzado un significativo aumento en nuestro país. El desempeño de las actividades productivas fuera del hogar ocurre simultáneamente con el período reproductivo de la vida de las mujeres. Junto a la reproducción (embarazo - parto - lactancia) la sociedad asigna a la mujer la responsabilidad del cuidado de los hijos –la reproducción social- y del hogar (división sexual del trabajo).

Esta superposición de roles - reproductivo, productivo y, doméstico - impone a la mujer una gran sobrecarga (doble, o triple, jornada laboral), cuyas repercusiones sobre los distintos componentes de su estado de salud - física, psíquica, social - pueden condicionar diversas alteraciones.

El bienestar de la mujer incidirá sobre su vida personal y familiar y, finalmente, sobre toda la sociedad. Por ello, es importante avanzar en la superación de las numerosas dificultades que enfrentan las mujeres para compatibilizar las exigencias en el mundo laboral con el desempeño de sus otros roles sociales. Para ello, las y los profesionales de salud que les asisten, deben incorporar estos elementos contextuales al momento de aproximarse a promover su salud y bienestar, e identificar y superar problemas específicos que las mujeres pueden afrontar durante su curso de vida, integrando los riesgos y exposiciones biológicas a los elementos psicológicos, espirituales y sobre todo sociales que la perspectiva de género nos ofrece como marco de interpretación y actuación.

Referencias bibliográficas:

1. Ministerio de Salud de Chile. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [internet]. 2018 [citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf
2. Ministerio de Salud de Chile. Programa Salud de la Mujer [internet]. 1997 [citado el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud de la Mujer [Internet] 2020 [citado el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/#gsc.tab=0>
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la mujer en edad de Climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud (APS). [Internet] 2014 [citado

- el 17 de junio de 2020]. Disponible en:
<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/916>
5. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. [internet] 2017. [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
 6. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de gestión. Red temática de salud mental en la red general de salud. [internet] 2018. [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en:
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf