



GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA PROVEEDORAS/ES DE SALUD

HACIENDO REALIDAD LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE CALIDAD PARA LAS Y LOS ADOLESCENTES.

©Movimiento Manuela Ramos

Av. Juan Pablo Fernandini N° 1550, Pueblo Libre.

Lima, Perú.

Telf.: (511) 423 8840

postmast@manuel.org.pe

Cita bibliográfica sugerida:

Movimiento Manuela Ramos (2020). Guía de capacitación para proveedoras/es de salud. Haciendo realidad los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para las y los adolescentes. Lima, 2020.

Elaboración:

Rocío Gutiérrez Rodríguez

Revisión:

Elga Prado Vásquez, Fidencia Rojas Penadillo, Mariestela León Ramírez, Janetta Aronés Obregón y Melissa Sánchez Dávila.

Edición:

Nidia Sánchez Guerrero

Diagramación:

Gerardo Espinoza Trujillo

Impresión

Zero Agencia de Comunicación & Marketing

Jr. San Martín N° 175 Huamanga - Ayacucho

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-07147

Impreso en Ayacucho – Perú

Noviembre 2020

GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA PROVEEDORAS/ES DE SALUD

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	4
II. INTRODUCCIÓN	4
III. OBJETIVOS DE LA GUÍA I	4
IV. ABORDAJE PEDAGÓGICO DE LA GUÍA	4
V. INSTRUCCIONES DE USO	5
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	6
VII. DESARROLLO METODOLÓGICO DE CADA SESIÓN:	8

MÓDULO I:

ADOLESCENCIA, GÉNERO Y SEXUALIDAD	9
-----------------------------------	---

I. OBJETIVO:	9
--------------	---

II. COMPETENCIAS BÁSICAS:	10
---------------------------	----

III. SESIÓN INTRODUCTORIA	
---------------------------	--

SESIÓN 1. CONSTRUYENDO UNA MIRADA POSITIVA SOBRE LA ADOLESCENCIA

Y LA SEXUALIDAD	11
-----------------	----

SESIÓN 2. PROFUNDIZANDO SOBRE GÉNERO Y SEXUALIDAD	15
--	----

SESIÓN 3. LOS ENFOQUES DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD NOS AYUDAN A MEJORAR NUESTRO TRABAJO CON ADOLESCENTES	21
---	----

SESIÓN 4. EN LOS SERVICIOS DE SALUD GARANTIZAMOS LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES	26
---	----

MÓDULO II:

VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS Y LAS ADOLESCENTES	31
I. OBJETIVO:	31
II. COMPETENCIAS BÁSICAS:	31
SESIÓN 1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO, TIPOS DE VIOLENCIA, IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES	32
SESIÓN 2. LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS Y LOS ADOLESCENTES: DECONSTRUYENDO MITOS Y ANALIZANDO CONSECUENCIAS	38
SESIÓN 3. RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES	45

MÓDULO III:

SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	55
I. OBJETIVO:	55
II. COMPETENCIAS BÁSICAS:	55
SESIÓN 1. NORMATIVIDAD BÁSICA PARA ORGANIZAR SERVICIOS AMIGABLES, INTEGRALES Y DE CALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	56
SESIÓN 2. ATENCIÓN ENFOCADA EN LAS NECESIDADES DE LAS Y LOS ADOLESCENTES. LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	61
SESIÓN 3. APLICANDO ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA HACER REALIDAD LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	66
SESIÓN 4. PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	73
BIBLIOGRAFÍA	80

I. PRESENTACIÓN

Los derechos sexuales y derechos reproductivos constituyen un derecho humano fundamental que forman de los derechos humanos; para garantizar el cumplimiento de éste derecho es necesario que se garantice los servicios de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los marcos normativos nacionales e internacionales y los estándares de calidad establecidos por Ministerio de Salud.

El Movimiento Manuela Ramos en el marco del Proyecto “Fortaleciendo la calidad de atención de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes” cuyo objetivo es contribuir a que las y los adolescentes de 4 distritos de Perú (San Juan de Miraflores, Manantay, Huanta y San Juan Bautista) se empoderen en sus derechos sexuales y derechos reproductivos (DDSSRR), y accedan a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva ha promovido la elaboración de la presente guía en un esfuerzo por contribuir con el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual reproductiva de calidad con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad.

El acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud ha tenido mejoras importantes gracias al esfuerzo articulado que el sector salud y educación vienen desplegando para superar las barreras de accesibilidad; sin embargo esto no es suficiente si no se aborda desde una perspectiva más amplia tomando en cuenta las necesidades y expectativas de los y las adolescentes y garantizando el acceso a métodos anticonceptivos y la atención de calidad.

Los y las adolescentes requieren información en sexualidad desde una perspectiva laica y científica para vivir una sexualidad saludable, tomar decisiones informadas, sin riesgo y prevenir problemas como el embarazo en adolescentes que en el país no desciende de manera sustancial en los últimos 20 años; situación que se agrava en ámbitos rurales, la violencia contra las mujeres, el embarazo infantil forzado, la presencia de infecciones de transmisión sexual, el VIH y SIDA.

El presente se documento es una herramienta que se pone a disposición del personal de salud que atiende los servicio de salud sexual reproductiva, en especial el consultorio del adolescente y tiene el objetivo de proporcionar una propuesta metodológica para el fortalecimiento de capacidades de las y los proveedores de salud, en la implementación y mejoramiento de la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

II. INTRODUCCIÓN

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en todas las estrategias y programas nacionales es uno de los desafíos pendientes más importantes de la Agenda 2030 de los ODS. Para que los países avancen en el objetivo de una vida más saludable y con igualdad para todos es necesario abordar el reto de diseñar e implementar estrategias, programas y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para las y los adolescentes.

A nivel nacional existen numerosos reportes sobre las barreras culturales e institucionales que las y los adolescentes deben enfrentar para acceder a estos servicios. La observación nos señala que no basta aprobar y contar con normatividad que regule y promueva servicios accesibles, culturalmente aceptables y que reconozcan a las y los adolescentes como sujetos de derechos, sino que es necesario preparar a las y los proveedores de servicios para organizar y ofertarlos deponiendo barreras personales y culturales que históricamente han estigmatizado el comportamiento adolescente y la vivencia de su sexualidad en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Otra observación constante es la todavía insuficiente inversión del Estado en programas de fortalecimiento continuo de capacidades de las y los proveedores de salud, siendo este elemento, uno de los importantes para garantizar servicios de salud de calidad. Es por ello que esta guía de capacitación pretende aportar una herramienta metodológica que contribuya al fortalecimiento de capacidades de las y los proveedores de salud en la implementación y mejoramiento de la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Esperamos que la información y la metodología de esta guía de capacitación promueva sobre todo un compromiso ético de las y los proveedores de salud con la vivencia de una sexualidad saludable, libre y responsable de las y los adolescentes del Perú y con ello a un país más igualitario.

III. OBJETIVOS DE LA GUÍA

El objetivo de esta Guía de capacitación es proporcionar una herramienta metodológica para el fortalecimiento de capacidades de las y los proveedores de salud, en la implementación y mejoramiento de la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Se espera que el o la proveedora de salud que participa en las sesiones de capacitación de manera continua, logre:

1. Identificar y reflexionar críticamente las normas sociales y estereotipos que afectan su visión sobre las y los adolescentes y la vivencia de su sexualidad.
2. Reconocer el enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad como marcos conceptuales para comprender e interactuar con las necesidades y expectativas de las y los adolescentes en relación a su salud sexual y reproductiva.
3. Contar con las herramientas normativas y metodológicas vigentes y emitidas por el Estado Peruano, necesarias para poner en marcha servicios de salud sexual y reproductiva amigables y de calidad para adolescentes.

IV. ABORDAJE PEDAGÓGICO DE LA GUÍA

Es necesario reconocernos personas portadoras de creencias, prejuicios y preconceptos que debemos tener presente a la hora de trabajar en el doble rol de facilitadoras/es y participantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje que propone esta guía de capacitación. Identificar, reconocer, deconstruir el propio sistema de creencias, valores y aprendizajes relacionados con la adolescencia, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva serán un reto a emprender a lo largo del desarrollo de esta guía.

La propuesta de trabajo en grupo, es reconocer al “grupo” como un espacio privilegiado para el aprendizaje colectivo a partir de la posibilidad de compartir creencias, conocimientos, experiencias personales; que se confrontan con los/as otros/as. Optamos por una metodología que promueva la participación, la comunicación, la reflexión, el desarrollo de capacidades críticas y de respeto por las diferencias.

Las/os participantes tienen un rol protagónico, en la medida que se prioriza su participación activa, se tiene en cuenta sus sentimientos, saberes, perspectivas y un proceso de formación que es de ida y vuelta, donde se da la retroalimentación entre las y los participantes y entre el/la facilitadora y los participantes, generándose un aprendizaje mutuo.

Por otro lado, la lógica presente en el desarrollo de todas las experiencias educativas propuestas en esta guía, recoge la importancia de la voz y participación de mujeres y hombres, que se relacionan, aprenden mutuamente, generándose comportamientos solidarios, fraternos y vínculos afectivos que optimizan el clima para producir aprendizajes colectivos. Desde este enfoque relacional, es central el manejo del tema de la participación y el poder, tomando en cuenta las desigualdades e inequidades que tradicionalmente existen en las relaciones de género.

En el caso de las dinámicas/técnicas educativas utilizadas, éstas se convierten en instrumentos para un mejor relacionamiento y comunicación entre el/la facilitador/a y las/los participantes, para lograr las competencias y objetivos propuestos, y por tanto deben ajustarse a las características, tiempos y necesidades de cada actividad.

Este abordaje, se complementa con la siguiente secuencia pedagógica:

Saberes previos, es el primer momento pedagógico, que trata de recuperar las experiencias y saberes de las y los participantes, como: ideas, conceptos, enfoques o simplemente información de las y los participantes frente al tema a desarrollar. Asimismo, brinda la oportunidad de compartir un testimonio, una reflexión personal, un recuerdo personal, como punto de partida del trabajo. En tal sentido, la dimensión personal, subjetiva y afectiva debe guiar transversalmente el desarrollo de este momento.

Reflexión, a partir de la propia subjetividad, en el cual las personas que participan meditan sobre su situación, o la situación de las otras personas, a partir del abordaje de un problema que se quiere afrontar o resolver.

Análisis, este es un momento de exteriorización y cotejo de la experiencia personal con la realidad, analizando los roles sociales y el papel que juegan los diferentes actores relacionados con las y los adolescentes, la atención de su salud sexual y reproductiva, poniendo énfasis en qué medida se ven afectados con la situación o problema tratado. De esta manera, las y los participantes no sólo recogen información, sino que comparten información concreta basada en su experiencia de trabajo o experiencia personal.

Alternativas, en este cuarto momento, las y los participantes encuentran mecanismos, instrumentos o medios encaminados a dar respuesta a los problemas identificados. Es un momento donde se desarrolla la capacidad propositiva, pues intenta esbozar un curso de acción destinado a afrontar el problema o conflicto, buscando visualizarlo de manera integral desde sus dimensiones humanas, sociales, legales y culturales.

V. INSTRUCCIONES DE USO

5.1. ¿A quiénes está dirigida la guía de capacitación?

La guía de capacitación es una herramienta para la implementación y mejora de servicios amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes, se espera que las y los participantes sean principalmente proveedoras/es de salud que desarrollan o tienen bajo su responsabilidad programas o servicios públicos para adolescentes.

5.2. Recomendaciones previas a la aplicación de la guía de capacitación

- ◊ **Preparación personal para aplicación de la Guía:** Se recomienda revisar el contenido completo de la guía y poner particular atención en los objetivos y competencias a ser alcanzadas, pues estos orientarán y serán indicadores de logro al final del proceso de capacitación. Es necesario que el/la facilitador/a se familiarice con los contenidos, conceptos o ideas fuerza que serán transmitidos como parte de los nuevos aprendizajes. Se recomienda evaluar de manera personal la pertinencia de buscar o revisar información complementaria (En la Guía se anexan lecturas complementarias y links de interés).
- ◊ **Preparar los materiales y recursos a usar en la aplicación de la Guía:** Es necesario acopiar y preparar los materiales y recursos educativos que se usarán durante la capacitación: hojas de trabajo, formatos, copias, papelógrafos, recortes, plastilina, cuestionarios, videos, PPT, equipos multimedia, etc.
- ◊ **Preparar el ambiente y clima de trabajo:** Es necesario prever un adecuado espacio de capacitación, sobre todo si se trata de permanecer en el más de tres horas, que cuente con adecuada iluminación y ventilación, que permita una disposición de sillas o mesas para la interacción de las/los participantes y el desarrollo de dinámicas que impliquen desplazamiento (juegos, trabajos grupales, sociodramas, etc.).
- ◊ **Número de participantes:** En la medida que se trata de un proceso educativo basado en la construcción y deconstrucción colectiva de conocimientos, es necesario tomar en consideración el número adecuado de participantes, pudiendo ser entre 20 y 25 personas como máximo.

- ❖ Perfil de participantes e involucramiento institucional: Es importante que el equipo de capacitación defina dos aspectos importantes:
 - El perfil de los y las participantes (Ej. Profesional responsable de EVAJ, responsable de la estrategia de SSR, jefes, jefas de los EESS, etc.).
 - Involucramiento institucional (Ej. Que las jefaturas correspondientes brinden facilidades para la participación del personal de salud, entregar certificados de capacitación, que la/el participante y su establecimiento de salud se comprometan a implementar o mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en sus ámbitos de acción).
- ❖ Conocer características relevantes de las y los participantes: Se trata de que el equipo de capacitación acopie información sobre las y los participantes, sus lugares de procedencia, tipo de establecimiento de salud de procedencia, contexto geográfico, cultural y social en el que trabajan, sus necesidades, así como las prácticas institucionales más frecuentes relacionadas con la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

MÓDULO	OBJETIVOS	COMPETENCIAS BÁSICAS	SESIONES
I. ADOLESCENCIA, GÉNERO Y SEXUALIDAD	Las y los participantes reconocen la construcción socio cultural del género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como las dimensiones y expresiones de la sexualidad y el derecho de las y los adolescentes a recibir atención integral y de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, derechos e interculturalidad.	<p>Analiza y se propone modificar las normas sociales, los estereotipos de género, los prejuicios, estigmas y credos que influyen en la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrecen a las y los adolescentes.</p> <p>Interactúa eficazmente con las y los usuarios adolescentes.</p>	<p>1. Construyendo una mirada positiva sobre la adolescencia y la sexualidad.</p> <p>2. Profundizando sobre el género y la sexualidad</p> <p>3. Los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad nos ayudan a mejorar nuestro trabajo con adolescentes.</p> <p>4. En los servicios de salud garantizamos los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.</p>
II. VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS Y LAS ADOLESCENTES	<p>Las y los participantes reconocen que la violencia de género y la violencia sexual son resultado de la desiguales relaciones de género, de poder y control.</p> <p>Analizan las consecuencias e impactos de la violencia de género, con énfasis, de la violencia sexual, en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.</p>	<p>Analiza y explica el origen y las consecuencias de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes y la violencia sexual desde un enfoque de género.</p> <p>Realiza tamizaje y evaluación de riesgo de violencia de género y violencia sexual contra las y los adolescentes y contribuye a mejorar la respuesta de los servicios de salud.</p>	<p>1. La violencia de género, tipos de violencia, impacto en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes</p> <p>2. La violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: Deconstruyendo mitos y analizando consecuencias.</p> <p>3. Respuesta de los servicios de salud a la prevención y atención integral de la violencia de género, violencia sexual y aborto terapéutico en las adolescentes.</p>

**III.
SERVICIOS
AMIGABLES Y
DE CALIDAD EN
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA
PARA
ADOLESCENTES**

<p>Las y los participantes conocen y aplican las normas vigentes y los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad, para implementar o mejorar servicios amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes.</p>	<p>Examina la normativa vigente para organizar servicios integrales, amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes.</p> <p>Aplica recomendaciones y enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para organización de estos servicios.</p> <p>Formulan planes e indicadores de mejora de estos servicios en el corto y mediano plazo.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Normatividad básica para organizar servicios amigables, integrales y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes.2. Atención enfocada en las necesidades de las y los adolescentes. La orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.3. Aplicando estándares de calidad para hacer realidad los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes.4. Plan de mejora de la calidad de los servicios integrales y amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
--	---	--

VII. DESARROLLO METODOLÓGICO DE CADA SESIÓN

El ciclo del aprendizaje:



Fuente: Movimiento Manuela Ramos. Elaboración propia a partir de Guía: ¿Cómo desarrollar una sesión educativa? - MMR.

- 1. Saludo y bienvenida:** Se trata de crear un clima de confianza y calidez. En este momento se comparte el objetivo de la sesión y los temas a tratar. Se motiva la participación con un juego, alguna dinámica o ejercicio, promoviendo confianza y ánimo. Colocar cada momento de la sesión educativa en una cartulina o graficarla con un dibujo.
- 2. Recogiendo saberes:** Se trata de conocer y valorar los saberes, experiencias y vivencias de las/os participantes sobre el tema. Se puede empezar con preguntas a las/os participantes sobre lo que saben, han escuchado o aprendido sobre el tema. Para ello, se pueden organizar grupos para que trabajen y contesten las preguntas o hacer la consulta con todas/os juntas/ os - plenaria.
- 3. Profundizando saberes:** Después que los grupos presenten lo que han trabajado respecto al tema, con ayuda de la/el facilitador/a se va construyendo el nuevo conocimiento. Para ello, se recurre a la reflexión colectiva sobre las experiencias o testimonios presentados, se analiza las situaciones o problemas abordados y se confrontan con los nuevos conocimientos, las evidencias y los marcos conceptuales propuestos en esta guía.

- a. Es necesario en este momento de la sesión, no incurrir en el error del “borrón y cuenta nueva”, es decir de ignorar el conocimiento de los/as participantes y sólo presentar la información técnica pues de este modo el nuevo conocimiento sería algo así como un barniz que se queda en la superficie y que no produce cambios en las prácticas de las/os participantes.
 - b. Es decir, se trata de recuperar, resumir, resaltar o marcar las diferencias y/o semejanzas de lo compartido y confrontarlo o reforzarlo con el conocimiento nuevo en un saber integrado.
- 4. Compromiso, alternativa y aplicación práctica:** El nuevo conocimiento, generado en las sesiones debe servir para vivir mejor, para aplicarlo en los servicios y en la interacción con las y los adolescentes. Por ello, es necesario proponer, ejemplos de cambios actitudinales, prácticas institucionales alternativos, que reflejen la intención de llevar los nuevos conocimientos a nuevas formas de proponerse la práctica diaria. Estos cambios pueden ser asumidos como compromisos personales e institucionales que deben ser explicitados en cada sesión.
- 5. Evaluación:** Es necesario conocer hasta qué punto las/os participantes han aprendido un nuevo conocimiento en las sesiones, comprobar que las principales ideas y conceptos quedaron claros. Esto se puede hacer aplicando la prueba de entrada y salida u otros ejercicios o dinámicas que nos permitan constatar el nuevo conocimiento.
- 6. Despedida:** Al final se hace un recuento o memoria de lo trabajado en la sesión, se hace una despedida cálida y se anuncia el tema de la siguiente sesión, para motivar la asistencia del grupo. Se agradece la presencia a las/os participantes y se felicita por su interés y tiempo invertido. Se acuerda fecha de siguiente sesión.

MÓDULO I: ADOLESCENCIA, GÉNERO Y SEXUALIDAD

I. OBJETIVO:

Las y los participantes reconocen la construcción socio cultural del género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como las dimensiones y expresiones de la sexualidad y el derecho de las y los adolescentes a recibir atención integral y de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, derechos e interculturalidad.

II. COMPETENCIAS BÁSICAS:

- ◆ Analiza y se propone modificar las normas sociales, los estereotipos de género, los prejuicios, estigmas y credos que influyen en la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrecen a las y los adolescentes.
- ◆ Interactúa eficazmente con las y los usuarios adolescentes.

III. SESIÓN INTRODUCTORIA.

Esta se llevará a cabo sólo al inicio del programa de capacitación.

3.1. RESULTADOS DE APRENDIZAJE:

Al final de la sesión la/el participante habrá:

- ◆ Conocido los objetivos, metodología y contenidos del programa de capacitación.
- ◆ Expresado sus expectativas respecto del taller, en un clima de confianza y respeto.
- ◆ Aportado al consenso sobre las normas de convivencia para las sesiones de capacitación.

3.2. SALUDO Y BIENVENIDA:

El/la facilitadora saluda y da una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas/los por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se puede hacer una breve referencia a los antecedentes, coordinaciones o acciones y actores que hicieron posible la sesión de capacitación.

3.3. PRESENTACION:

El/la facilitadora invita a las y los participantes que se agrupen de a dos, formando parejas, que lo hagan con la persona que se encuentra a su lado y durante cinco minutos intercambian información y opiniones sobre: datos personales (nombres, profesión, lugar de trabajo, hobbies, cualidades, habilidades, familia etc.) y las expectativas que tienen de la capacitación.

Luego cada participante presenta a su compañera(o), diciendo su nombre, profesión, lugar de trabajo, hobbies, cualidades, habilidades, familia etc. y las expectativas que tienen de la capacitación.

Finalizamos, felicitándoles/as por su compromiso de participación y validamos sus expectativas sobre el programa y deseos de fortalecerse en aspectos relacionados con la adolescencia y su atención en los servicios de salud.

En seguida, damos a conocer los objetivos del programa, la metodología y temas a tratarse, señalando que se va a tratar de absolver las expectativas mencionadas a lo largo de las doce (12) sesiones programadas.

3.4. NORMAS DE CONVIVENCIA:

En un papelote se registra de manera participativa las normas de convivencia consensuadas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Puntualidad:** Respetar la hora de inicio de cada sesión y si es necesario, establecer unos minutos de tolerancia.
- **Continuidad:** Asistir de manera continua a todas las sesiones para mantener la secuencia e ilación entre los temas que se abordarán.
- **Respeto:** Ser flexibles y tolerantes con las creencias, ideas y opiniones de las/os participantes, respecto a los temas tratados en la sesión.
- **Confidencialidad:** Los testimonios o lo que se dice durante el desarrollo de los temas, no deben ser divulgados.
- **Participación:** Es importante participar activamente durante el desarrollo de la sesión.
- **Receptividad:** Escuchar y respetar otras formas de pensar y actuar distintas a las suyas, teniendo en cuenta que las críticas u opiniones siempre deben ser constructivas.
- **Confianza:** La confianza, la solidaridad y la libertad en el grupo es elemental, ya que permiten el desarrollo de nuevas capacidades para crecer como personas.
- **Uso de celular:** A fin de lograr la concentración de las/os participantes durante la sesión, y evitar las distracciones.

3.5. PRUEBA DE ENTRADA:

Esta se aplica al inicio del programa de capacitación con el objetivo de explorar el nivel de conocimiento de los y las participantes acerca de los temas a desarrollar y sobre qué puntos será necesario profundizar más durante la capacitación.

PRUEBA DE ENTRADA/SALIDA

1. Sexo se refiere a los aspectos _____, en cambio el género se refiere a los aspectos _____
2. Sobre Género y Sexualidad, señale: Verdadero (V) o Falso (F)

AFIRMACIÓN	V ó F
El principal fin de la sexualidad es el placer y no la reproducción	
El impulso sexual masculino es incontrolable	
Es natural que todas las mujeres deseen ser madres	
La homosexualidad debe ser tratada	
La masturbación no es saludable	
Las y los adolescentes no usan anticonceptivos para prevenir embarazos por irresponsables	

3. Las y los adolescentes son titulares de derechos sexuales y derechos reproductivos
 - Depende de la edad
 - Solo cuando están embarazadas
 - Sólo de algunos derechos
 - Si, siempre
4. El derecho a la “Decisión Informada”, consiste en que las y los adolescentes tomen decisiones autónomas sobre su sexualidad , basadas en información completa, veraz, oportuna y suficiente.
Verdadero _____ Falso _____ No estoy segura/o _____
5. La principal causa estructural de la violencia contra las mujeres es:
_____ (pobreza/ falta de armonía familiar / machismo / alcoholismo)
6. Un Estado laico se refiere a que las creencias, valores y religión de operadores y funcionarios públicos no deben interferir con las políticas, programas y servicios del Estado
Verdadero _____ Falso _____
7. La Norma Técnica de Planificación Familiar vigente señala que se provea métodos anticonceptivos a las/los adolescentes, bajo ciertas condiciones.
Verdadero _____ Falso _____
8. Solo los establecimientos de salud de mayor complejidad deben disponer de los Kit de Emergencia para atención de la violencia sexual.
Verdadero _____ Falso _____
9. Los servicios de atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes deben organizarse en función de: los recursos disponibles _____ las necesidades de las y los adolescentes _____
10. La orientación/consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes tiene como objetivo decirles a las y los adolescentes lo que es mejor para ellas/os.
Verdadero _____ Falso _____

SESIÓN 1.

CONSTRUYENDO UNA MIRADA POSITIVA SOBRE LA ADOLESCENCIA Y LA SEXUALIDAD

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ◆ Construido una visión positiva sobre las/los adolescentes a partir de sus vivencias personales e identificación de creencias, valores y temores vividos en esta etapa de la vida.
- ◆ Analizado como varía la manera en que se vive y se expresa la adolescencia y la sexualidad de acuerdo con el momento histórico, el sexo, el género y la cultura.

Tiempo: 2 horas, 40 minutos

Recursos:

- ◆ Música de relajación.
- ◆ Velas aromáticas.
- ◆ Papelógrafos.
- ◆ Plumones gruesos de diversos colores.
- ◆ Cinta maskingtape.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y da una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas/os por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión.

II. RECOGIENDO SABERES

60 minutos

Primer paso: identificar la mirada que tienen los y las participantes acerca de los y las adolescentes. Para eso, se sugiere realizar una primera reflexión en plenaria sobre cómo son los y las adolescentes de hoy, y sobre cómo viven su sexualidad. Se recoge en un papelógrafo el listado de opiniones animando a todos los/las participantes a expresarse. Se deja a la vista el listado de características expresadas.

Segundo paso: luego de trabajar su visión sobre las/os adolescentes, se busca que, de manera individual, cada participante recuerde aspectos positivos y negativos de su propia adolescencia e identifique algunas vivencias de su sexualidad.

Para esto, el/la facilitador/a pone música de relajación seleccionada y se asigna unos minutos para que los/las participantes, se sientan cómodas/os, se relajen un poco, cierren los ojos (si lo desean) y piensen en una experiencia sobre sexualidad vivida durante su adolescencia que le haya resultado agradable y fácil de manejar y luego pensarán en una experiencia sobre su sexualidad vivida durante su adolescencia que le haya resultado difícil de manejar o le haya sido poco grata.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

60 minutos

1. A partir de este reencuentro del o la participante consigo mismo/a y de recordar sus propias vivencias, temores, exploraciones, lo que le decían los adultos cuando él o ella era adolescente. Se propone que el grupo realice una segunda mirada de las y los adolescentes, expresando en plenaria por escrito lo que surge a partir de ese momento y diferenciándolo de las características que habían identificado previamente. Se analiza lo trabajado con todo el grupo.
2. El/la facilitador/a orienta la discusión con la ayuda de algunas preguntas dirigidas para generar conciencia de la necesidad de construir una mirada distinta y reconocer que la vivencia de las y los adolescentes está enmarcada por las normas sociales que los adultos transmiten, determinado por la época, el momento histórico, los roles sociales atribuidos a mujeres y hombres en determinada cultura, el estrato socioeconómico en el que viven las y los adolescentes, la religión imperante, etc.
3. Se hace énfasis en que las comparaciones de las vivencias de las y los participantes y las y los adolescentes de hoy, se identifican semejanzas en relación a la vivencia de la sexualidad cuando no hay información científica y oportuna, servicios de calidad que reconozcan las necesidades de las y los adolescentes, o la persistencia de creencias o tabúes sobre esta en la sociedad.
4. Las y los profesionales, por lo general, tienen una visión negativa de los y las adolescentes y de la vivencia de su sexualidad, enmarcada en un enfoque de riesgo, meramente bio reproductivo y sancionador. Los y las profesionales de salud no son conscientes de esta visión, pero por eso mismo es necesario que la reconozcan.
5. Es importante hacer notar a las y los participantes que en esta comparación con la vivencia de su propia sexualidad también hay diferencias positivas como: Los y las adolescentes de hoy tienen más información que los y las de antes o las chicas de ahora tienen más libertad que las de antes.

Este es un cuadro resumen de las comparaciones más frecuentes hechas por las y los adultos, sobre ¿Cómo viven los y las adolescentes de hoy su sexualidad?:

Visión de las y los adolescentes que surgió en el primer momento.	Elementos que se añaden al contrastar la situación de los y las adolescentes con la propia vivencia.
<ul style="list-style-type: none">• Viven con irresponsabilidad.• Soportan la presión del grupo.• Cuentan con poca información.• Hay poca comunicación familiar.• Les faltan modelos.• Reciben la influencia de los medios de comunicación.• No son románticos.• No miden consecuencias.• No se acercan a los EESS.• Usan Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) con demasiada frecuencia.• Viven en entornos con alta oferta de drogas.	<ul style="list-style-type: none">• Tenemos una visión negativa de ellos y ellas.• Tendemos a juzgarlos/las.• La sociedad prejuzga su comportamiento.• La sociedad y las normas socioculturales difunden estereotipos y mitos acerca de la sexualidad.• Los roles tradicionales de género son perjudiciales.• Existe mayor censura frente a la mujer que al hombre.• Viven con temor y culpabilidad.• Hay que identificar lo positivo en los y las adolescentes y confiar en ellos y ellas.• Las políticas no favorecen que los y las adolescentes vivan su sexualidad de manera plena y saludable.

Ideas fuerza:

- ❖ Es necesario valorar y reconocer a las y los adolescentes en sus propios contextos y momentos, reconocer que ellas/os están expuestos hoy a una época de grandes cambios a todo nivel, como el fácil acceso a las tecnologías de información y comunicación (TICs), la globalización y otros factores, de modo que no es posible pensar en los mismos comportamientos y vivencias que en otras épocas o momentos.
- ❖ Reconocer que se suele tener una visión de las y los adolescentes a partir del “Adultocentrismo” es decir a partir del juicio o mirada de los adultos y que probablemente las y los participantes de la sesión, en su adolescencia también eran vistos por los adultos como problemáticos, rebeldes y eran criticados o les eran prohibidos ciertos comportamientos por los adultos.
- ❖ Cada persona tiene una vivencia personal de la sexualidad, la misma que está influida por la cultura, el sexo (el ser hombre o mujer), las normas sociales sobre el género, la historia familiar, la educación, entre otros.
- ❖ Cuando se es adolescente, se vive todo más intensamente.
- ❖ Las y los adolescentes se sienten incomprendidos/as por los adultos tanto antes como ahora.
- ❖ Los y las adolescentes de antes y de ahora toman decisiones acerca de su sexualidad. El desafío para las y los proveedores de salud es contribuir a que ejerzan su sexualidad con bienestar y sin riesgos.
- ❖ La sexualidad nace con las personas y termina cuando morimos. Las personas somos “sexuadas”. Tiene que ver con los afectos, los sentimientos, las conductas y las vivencias de las personas, no se reduce a la genitalidad, ni a las relaciones sexuales. Está relacionada con el hecho de ser y sentirse hombres y mujeres en determinadas culturas y normas sociales.
- ❖ Actualmente se reconoce que la sexualidad humana precisa ser entendida en sus distintas dimensiones:
 - Dimensión biológica: Se refiere a la anatomía y al funcionamiento del cuerpo, el desarrollo del cuerpo y sus cambios a lo largo del tiempo, en las diferentes etapas de la vida (niñez, adolescencia, adultez, vejez); los procesos relacionados con la reproducción, el embarazo, el parto.
 - Dimensión socio-afectiva: Se refiere a los vínculos afectivos- emocionales que se dan en las relaciones con las personas a lo largo de toda la vida. Al principio con la familia y luego en diferentes grupos sociales, en los que la persona participa (escuela, trabajo, etc.).
 - Dimensión ético-moral: Se refiere a las normas y valores vinculadas a la sexualidad. La educación sexual promueve el respeto, la aceptación y la valoración de la otra persona.

IV. APlicando lo aprendido

20 minutos

Para terminar esta sesión se solicita a los y las participantes, que en pareja con su compañera/o del costado propongan una estrategia adecuada en sus localidades para promover la vivencia de una sexualidad saludable, placentera y sin riesgos de los y las adolescentes.

Luego se pide que cada pareja comparta con el grupo la estrategia pensada. Se hace un listado con las estrategias propuestas y de ser necesario se agrega:

- ❖ Identificar lo positivo de los y las adolescentes. Generar confianza.
- ❖ Promover la igualdad de género.
- ❖ Considerar las diferencias socioculturales.
- ❖ Respetar la orientación sexual.
- ❖ Desarrollar habilidades de comunicación en los y las adolescentes.
- ❖ Desarrollar la autoestima, la asertividad, los valores éticos.
- ❖ Promover el conocimiento y el respeto del cuerpo.
- ❖ Los y las adolescentes deben aprovechar el tiempo libre.
- ❖ Respetar su libertad y autonomía.
- ❖ Mostrarles apertura y flexibilidad, no censurarlos.
- ❖ Deben tener información sobre todos los aspectos de la sexualidad.
- ❖ Conocimiento, difusión y aplicación de derechos.
- ❖ Asociar la sexualidad a los afectos.
- ❖ Servicios y estrategias adecuados que respondan a las necesidades de los y las adolescentes y jóvenes.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES

15 minutos

Es importante que el/la facilitadora recuerde que en este momento se tratará de evaluar que tanto se han cumplido los objetivos de aprendizaje.

El/la facilitador/a pide a los participantes que en forma grupal respondan la siguiente pregunta:

¿Qué podemos hacer los y las proveedoras para promover en la comunidad una visión positiva sobre los y las adolescentes y la vivencia de su sexualidad?

Se motiva que las/los participantes argumenten sus respuestas y generen consensos entre los/as participantes. Refuerce las respuestas correctas y aclare dudas.

VI. LECTURAS DE APOYO

Lectura N° 1: ESCUCHAR LAS NECESIDADES Y LOS DESEOS DE LOS ADOLESCENTES: UNA INTERVENCIÓN RESPETUOSA¹

Quizá a lo largo de la historia, las generaciones pasadas interpretaron y representaron erróneamente la cultura juvenil, lo que dio como resultado una situación desafortunada de victimización, discriminación, estereotipos y generalización masiva. Los investigadores se centraron en identificar los factores determinantes de la conducta en salud mediante un enfoque basado en problemas, lo que tiende a culpar a los individuos, en lugar de buscar en profundidad las explicaciones en el entorno. Los adolescentes se han transformado en “casos” y se los ha agrupado en diferentes categorías de problemas (“juventud en riesgo de abuso de sustancias, “juventud en riesgo de un inicio sexual temprano”, “juventud en riesgo de infección por VIH”,Etc.) Sin embargo, para los

¹Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, 2008. Pg.26-29

jóvenes el hecho de tener que tomar riesgos no es necesariamente algo indeseable, ya que pueden haber observado una conducta similar en sus padres o en las personas mayores que los rodean. En algunos casos, al igual que cuando se toman decisiones relacionadas con la carrera, el tomar riesgos se considera una cualidad positiva, que conduce al crecimiento y la madurez personales. Entonces, ¿cuándo se debe alentar a los adolescentes y permitirles que tomen riesgos? Y ¿Cómo desarrollan las habilidades para distinguir entre las buenas y las malas elecciones, dado que existen diversos mensajes y la doble moral en el entorno que comparten?

Las oportunidades para tomar riesgos y la necesidad de tomar decisiones son más abundantes y drásticas para los jóvenes que viven las comunidades pobres. Asimismo, estos jóvenes sufren terriblemente la discriminación y la exclusión por parte de una sociedad que, a menudo, se dedica a “culpar a las víctimas” cuando emergen patrones en este grupo tales como tener relaciones sexuales a temprana edad y sin protección, hacer uso de la violencia para defenderse en las calles y escapar de la soledad con el alcohol o las drogas.

La adolescencia es un período transitorio en el que la independencia, gradualmente en aumento, coexiste con relaciones de dependencia más tradicionales con los padres, los profesores y otras personas con autoridad. Los adolescentes necesitan más libertad y confianza al tomar sus propias decisiones dentro de los límites impuestos por la sociedad y la familia. Las familias, las comunidades y la sociedad en su totalidad también necesitan definir sus creencias, actitudes y límites sobre diferentes conductas, con el objeto de que los jóvenes no se lastimen a sí mismos ni lo hagan a otras personas. La sociedad ya ha establecido límites claros para algunas conductas con las consecuencias legales correspondientes que la mayoría de la población acepta (por ej., la violación sexual, la posesión de drogas). Por otra parte, otras conductas riesgosas carecen de un consenso claro entre los individuos de determinadas comunidades (por ej., el sexo coercitivo, el consumo de tabaco) y, por lo general, tampoco conllevan medidas legales. En la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño se brinda un marco general para la protección de los adolescentes de estos tipos de conductas: no obstante, hasta tanto los miembros importantes de la sociedad (padres, profesores, autoridades comunitarias) no clarifiquen sus creencias y actitudes en cuanto a estas conductas, no tendrán autoridad moral para lograr cambios y establecer límites entre los adolescentes.

El desafío de las personas que trabajan e interactúan con los adolescentes es apoyarlos de la mejor manera posible mientras que ellos aprenden a mejorar sus propias habilidades para ser autónomos, ser más conscientes cuando tomar decisiones (por ej., la importancia de evitar las relaciones sexuales a temprana edad y el uso de anticonceptivos siempre que sea necesario) y a actuar consecuentemente, mientras estas opciones se convierten en una parte del conjunto interno de normas y el sentido de identidad personal. El número cada vez mayor de investigaciones sugiere aplicar un enfoque positivo que promueva las habilidades y las fortalezas más que prevenir las carencias, ya que parece tener más posibilidades de que los adolescentes participen, reconozcan su potencial y eviten las

influencias negativas (Child Trends 2002). A su vez, este enfoque tiene en cuenta las necesidades y los deseos de los adolescentes y prepara el terreno para una intervención respetuosa. Como se mencionó en la Carta de Otawa, el objetivo final de la promoción de la salud es incrementar el control de las personas sobre los factores determinantes de la salud mediante el aumento de las capacidades de autocuidado, que constituyen las decisiones y las acciones de los individuos con respecto a su salud.

Lectura N° 2:

Sexualidad en la Adolescencia: ¿Y que podemos hacer los adolescentes los diferentes agentes educativos? F. López Sanchez. Universidad de Salamanca 2014. <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/24-34%20Sexualidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>

SESIÓN 2.

PROFUNDIZANDO SOBRE GÉNERO Y SEXUALIDAD

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ◆ Desarrollado capacidades para reconocer las vinculaciones entre sexo, género y sexualidad.
- ◆ Mejorado su comprensión de la sexualidad adolescente, clarificando los mitos más frecuentes sobre ésta.

Tiempo: 1 hora, 35 minutos

Recursos:

- ◆ Papelógrafos.
- ◆ Plumones gruesos de diversos colores.
- ◆ Masking tape.
- ◆ Cartulinas de colores tamaño A4.
- ◆ Papelógrafos con afirmaciones.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y da una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se explica brevemente los objetivos y temática a tratar en esta sesión. Antes de empezar hacemos una lluvia de ideas con los mensajes, temas o contenidos que los y las participantes recuerden de la sesión anterior, para refrescar lo aprendido y vincularlo con el tema del día.

II. RECOGRIENDO SABERES

20 minutos

1. Se explica a las y los participantes que todos/as tenemos una idea de cómo es y cómo debe ser un hombre y una mujer. Por ello ahora “hagamos de cuenta que un ser de otro planeta está visitando el Perú y que a este ser le han dicho que en este país existen dos tipos de personas: hombres y mujeres, y quiere saber ¿Cómo son y qué hacen los hombres y ¿Cómo son y qué hacen las mujeres? Les explicamos que pueden señalar características, comportamientos, formas de ser, etc. y hacemos dos listas con las ideas.
2. Concluida la lluvia de ideas, se solicita que identifiquen qué palabras se refieren a las características que están determinadas **biológicamente** (lo biológico) y las palabras que aluden a características que son adquiridas **culturalmente** (lo que se aprende) y se anotan en otra tabla. El o la facilitadora orienta este proceso de diferenciación buscando distinguir las características biológicas o innatas del hombre y de la mujer de las características culturales o socialmente adquiridas. Se reflexiona sobre las características culturales del “Ser mujer” y del “Ser hombre”, que generalmente son percibidas como producto de la condición biológica.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS	CARACTERÍSTICAS CULTURALES

3. Se anota en la tabla, al lado del título que dice CARACTERÍSTICAS **BIOLÓGICAS** la palabra **sexo**, y al lado del título, CARACTERÍSTICAS **CULTURALES**, la palabra género. Se explica la distinción entre el concepto de sexo y el concepto de **género**.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

40 minutos

En esta sección les decimos que vamos a compartir algunas ideas fuerza.

Ideas fuerza:

- ❖ El sexo se refiere a las diferencias biológicas, es decir, las características físicas que diferencian a hombres y mujeres. Se nace con el sexo.
- ❖ El género se refiere a las características, los modelos de conducta, las pautas sociales y culturales que orientan las formas de ser, actuar y sentir de las personas de acuerdo al sexo con el que nacen. Estas pautas sociales y culturales son aprendidas en el hogar, la escuela, la comunidad, el trabajo y en la relación constante con las otras personas. Es decir, son aprendidas y cambiantes, dependiendo de la época, el lugar o cultura en la que se vive, etc.
- ❖ El género ha establecido un orden o jerarquía en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, haciendo que las mujeres ocupen un lugar subordinado y menos valorado en la sociedad. La sociedad y la cultura, ha establecido también que las mujeres se desenvuelvan casi con exclusividad en el trabajo doméstico o reproductivo mientras que ha promovido la presencia de los hombres en el trabajo productivo y en los espacios públicos donde se toman las decisiones.
- ❖ Lo importante del género es que se puede cambiar con el tiempo y con ello construir la igualdad entre hombres y mujeres.

Trabajamos sobre los roles de género

1. Se vuelven a mirar las listas y se reafirman o corrigen con los y las participantes según las ideas claves revisadas, clarificando conceptos donde sea necesario.
2. Como siguiente paso les decimos que cada participante en una tarjeta de cartulina (A4) se dibujará al medio, y al lado izquierdo, escribirá el nombre de una mujer de su entorno (familia, vecindario, trabajo, etc.) que influyó positiva o negativamente durante su infancia y adolescencia, escribiendo sus principales características y ¿qué le enseñó y qué aprendió con ella? Ejemplo. Madre, Rosa: trabajadora, valiente, me enseñó a cocinar y yo aprendí muy poco.
Se pedirá que, al lado derecho, se haga el mismo ejercicio con un personaje masculino.
3. Una vez que todas las/los participantes hayan pegado sus tarjetas en la pared, se pide a algunas/os voluntarios que lean sus tarjetas y compartan sus reflexiones.

Ideas fuerza:

- ❖ La asignación del género se produce desde que nacemos en función al sexo biológico, por el entorno que nos rodea; este proceso se inicia en la socialización, desde el nacimiento y dura toda la vida. A través de la socialización en la familia, la escuela y las relaciones con los pares, se va reforzando el género, por el

condicionamiento de reglas, normas institucionales, mensajes y discursos sociales, los que se realizan en función de roles y estereotipos sociales, que encasillan las actividades e identidades de mujeres y hombres.

- ❖ En este proceso de socialización se transmiten y enseñan formas de comportarse, pensar y sentir para los hombres y para las mujeres, que son diferentes y opuestas y que son asignadas a partir del sexo biológico de las personas.
- ❖ **Roles de género:** Son las actividades y funciones consideradas socialmente apropiadas para hombres o mujeres. A las mujeres se les asigna el rol “reproductivo” (ser madres y amas de casa) y a los varones el rol “productivo” (proveedores, jefes del hogar y cargos políticos y públicos).
- ❖ La familia ocupa un lugar importante en la generación de relaciones de afecto y de aprendizaje, actitudes y prácticas, que generalmente los modelos dominantes de género lo imponen, aunque en ocasiones los cuestionen.
- ❖ En la realidad, no hay únicamente un modelo de feminidad y un modelo de masculinidad, sino un enorme rango de posibilidades y combinaciones de características. Sin embargo, sólo algunas de estas expresiones son consideradas aceptables en cada sociedad, tiempo o lugar. Los estereotipos tradicionales de género incluyen mandatos y modelos que rigen la sexualidad.
- ❖ Las personas de una misma sociedad compartimos una serie de creencias sobre las características de los roles típicos que los hombres y las mujeres tienen. A esto se le denomina estereotipos de género y median nuestra forma de entender la realidad y de comportarnos ante ella. **Los estereotipos de género** sirven para definir metas y expectativas para ambos sexos, marcando una evolución diferente para hombres y mujeres y justificando, muchas veces, una discriminación hacia estas últimas.
- ❖ J. Butler, nos dice: “En última instancia, la lucha por la igualdad de género y la libertad sexual busca aliviar el sufrimiento y reconocer la diversidad corporal y cultural de nuestras vidas. La enseñanza de género no es adoctrinamiento: no le dice a una persona cómo vivir, sino que abre la posibilidad de que los jóvenes encuentren su propio camino en un mundo que a menudo los enfrenta con normas sociales estrechas y crueles”. Defender la diversidad de género no es, por lo tanto, destructivo: esta afirma la complejidad humana y crea un espacio para que las personas encuentren su propio camino dentro de esta complejidad.

Reforzamos nuestros conocimientos y superamos prejuicios y mitos sobre sexualidad.

1. Buscamos que las participantes se relajen por unos momentos y para ello, se les pide que caminen libremente por el salón, cada una/o haciendo su camino, estirando brazos, moviendo el cuello, etc. y que cada vez que el/la facilitadora diga “alto” todas se detienen y hacen una respiración profunda y larga para seguir.
2. Luego, se indica que en las paredes se han colocado algunas afirmaciones sobre la sexualidad adolescente que cada una suscribirá con su firma SOLO si está “de acuerdo” con la afirmación o de lo contrario pasará de largo a la siguiente si está en “desacuerdo” con la misma.

3. Luego se cuenta en grupo el número de firmas que cada afirmación ha acumulado, lo que señalará las ideas o afirmaciones más comunes sobre la sexualidad adolescente.

AFIRMACIÓN	REFLEXIÓN
Informar sobre sexualidad y anticoncepción, contribuye a que las y los adolescentes se inicien sexualmente.	El conocimiento, basado en información científica libre de opiniones religiosas o morales, ayuda a las y los adolescentes a vivir la sexualidad sin vergüenza y con mayor responsabilidad. La información permite que las y los adolescentes tengan más capacidad para tomar decisiones responsables.
Los chicos no pueden controlar su impulso sexual.	La mayor permisividad de la sociedad con la sexualidad masculina refuerza la idea de un deseo sexual masculino "incontrolable". Chicos y chicas experimentan deseos sexuales y su satisfacción está sujeta a la posibilidad de una sexualidad en pareja o a la "autosatisfacción".
El único fin de la sexualidad es la reproducción.	La sexualidad no sólo tiene como finalidad la reproducción, sino también la comunicación, expresión de sentimientos y el placer.
Si los adolescentes hacen más deporte no buscarán tener relaciones sexuales.	El deporte es bueno para la salud física y mental en cualquier etapa del ciclo de vida. La sexualidad y el deseo sexual es una dimensión más de la vida de las y los adolescentes, ambos intereses pueden co-existir de manera complementaria.
La masturbación afecta la salud mental de los adolescentes.	La masturbación o la autoexploración en chicas y chicos es una forma de explorar y disfrutar de su sexualidad.
Si un chico o chica muestra interés o atracción por otro/a de su mismo sexo, es que está confundido, hay que convencerlo de que cambie.	La homosexualidad o sentir atracción física, sexual o afectiva por personas del mismo sexo es una expresión de la sexualidad de las personas. Hace muchos años dejó de considerarse una enfermedad y no necesita curación o corrección. Las y los homosexuales requieren reconocimiento y respeto a sus derechos.
Si una chica acepta estar a solas con su chico, tiene que aceptar tener relaciones sexuales con él.	Las relaciones sexuales deben contar siempre con el consentimiento mutuo, no hay ninguna razón o situación que justifique que una chica se sienta obligada a tener relaciones sexuales si no las desea.
Si una chica tiene enamorado, ya no debe salir con otros chicos.	Es necesario que las chicas reconozcan las señales tempranas de control ejercidas por sus enamorados. Una relación de enamoramiento no debe suponer mayor poder de los chicos sobre la libertad y decisiones de las chicas.
Una chica que va a una discoteca hasta tarde, se arriesga a que la violen.	La violencia sexual es responsabilidad de quien la ejerce, no de la víctima. No existe justificación para la violencia sexual contra niñas o adolescentes. La violencia sexual se produce mayormente en los entornos considerados más seguros para las niñas y adolescentes (hogar, vecindario, escuela) y por las personas más confiables para ellas (tíos, padrastrlos, padres, vecinos, amigos, enamorados, etc.).

IV. PROFUNDIZANDO SABERES

15 minutos

1. Al final de cada recuento, hacemos las clarificaciones y refuerzos necesarios apoyándonos en las siguientes ideas fuerza.

Ideas fuerza:

- La sexualidad es un aspecto fundamental de las personas, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

- ❖ La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones.
- ❖ La sexualidad es una parte de la cultura, ya que toda cultura incluye un conjunto de representaciones, normas y significados vinculados a la sexualidad, los cuales determinan la visión de lo sexual dentro de la cual todos los sujetos de dicha cultura son socializados.
- ❖ Las y los adolescentes forman parte de una sociedad que produce y transmite expectativas diferentes para hombres y mujeres, que se traducen en diferentes comportamientos aceptados socialmente para mujeres y hombres. Tradicionalmente la sociedad estimula la autonomía e iniciativa sexual de los hombres, mientras que las reprime o sanciona en las mujeres.
- ❖ Los comportamientos arriesgados del hombre perjudican a las mujeres, alientan a algunos hombres a tener relaciones sexuales por pura satisfacción física, a tener múltiples compañeras y a tratar a las mujeres con poco respeto o incluso con violencia.
- ❖ Generalmente, los varones comienzan a tener relaciones sexuales a una edad temprana, están sexualmente más activos que las mujeres jóvenes antes de casarse. La influencia social (ideas, costumbres, creencias, etc.) tiene en la vida de las personas un valor muy grande. Muchas personas tratan de decir o hacer lo que los demás dicen, aunque algunos o muchos de ellos piensen o creen lo contrario. La influencia social es distinta para hombres y mujeres.
- ❖ La diversidad sexual es el conjunto de las diferentes formas de vivir la sexualidad.
- ❖ La orientación sexual es la atracción física, sexual y los sentimientos que una persona tiene hacia otra y puede ser: Heterosexual, homosexual o bisexual.
- ❖ La identidad de género, se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en cuanto a ser varón o ser mujer, y puede cambiar con el tiempo. Tiene que ver con la identificación con el rol masculino o femenino que cada época, cultura o sociedad ha establecido.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y ASUMIENDO COMPROMISOS 15 minutos

Al final de esta sesión, vamos a pedir que cada participante piense en sus propios hogares, familias o espacio laboral y mencione de forma voluntaria los dos principales roles o tareas que más realizan hombres y mujeres y explique ¿por qué?

Luego le pedimos al grupo reflexionar sobre la existencia de valores y creencias del personal de salud sobre la sexualidad adolescente y cómo influyen positiva o negativamente en el tipo de atención que se brinda a los adolescentes en los servicios de salud.

VI. LECTURAS DE APOYO

“El género”: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Lagarde, Marcela. Ed. horas y HORAS, España, 1996, pp. 13-38.

https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

SESIÓN 3.

LOS ENFOQUES DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD NOS AYUDAN A MEJORAR NUESTRO TRABAJO CON ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ♦ Reflexionado sobre como los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad contribuyen a atender la salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- ♦ Han identificado los servicios de salud como espacios en los que se pueden respetar o vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Tiempo: 1 hora, 40 minutos

Recursos:

- ♦ Papelógrafos.
- ♦ Plumones gruesos de diferentes colores.
- ♦ Masking tape.
- ♦ Tarjetas de colores.
- ♦ Frases recortadas con derechos sexuales y derechos reproductivos.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y da una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión. Antes de empezar hacemos una lluvia de ideas con los mensajes, temas o contenidos que los y las participantes recuerden de la sesión anterior, para refrescar lo aprendido y vincularlo con el tema del día.

Para que las participantes se sientan en confianza se explica que todas/os vamos a crear un clima de calidez y confianza a través de “regalos” que cada una aportará al grupo. Entonces se dice que cada una escogerá algún objeto personal o disponible en la sala y lo regalará (simuladamente) al grupo explicando el por qué, por ejemplo: Yo regalo mi cuaderno y mi lapicero para que todos/as escribamos los aprendizajes más importantes de este taller, etc.

II. RECOGIENDO SABERES

40 minutos

1. Para empezar con la sesión, pegamos dos papelógrafos en la pared, uno irá con el título: “Derechos sexuales y reproductivos de las personas adultas” y el otro “Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes” y a través de una lluvia de ideas se pide a las participantes que mencionen cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las personas adultas y cuáles los derechos reproductivos de las y los adolescentes. Una vez agotada las dos listas, se pregunta lo siguiente:

¿Qué diferencias y semejanzas hay entre cada lista de derechos? ¿Por qué estas diferencias y semejanzas? ¿Cuáles son estos derechos que son sólo de los adultos/as y cuáles sólo de las y los adolescentes? ¿Por qué?

Se menciona que en los siguientes pasos retomaremos lo trabajado.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

40 minutos

Los derechos humanos y los derechos sexuales y derechos reproductivos.

1. En esta sección se explica que se va a profundizar sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Para ello se conforman dos grupos entre todas las participantes y se entrega a cada grupo un sobre manila conteniendo frases sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos recortados en varias partes como si fuera un rompecabezas, el grupo saca todas las tiras recortadas y empiezan a ordenar cada frase correctamente, estas frases corresponden a cada uno de los derechos y deben pegar debajo del título que les corresponden.
2. Cuando los grupos concluyan, la facilitadora verifica si las tarjetas se encuentran en el lugar adecuado, de no ser así se reubica al lugar correcto.
3. El/la facilitadora concluye la dinámica tomando como referencia las **ideas fuerza**:
 - ◆ Los derechos humanos se definen como facultades y libertades fundamentales que tienen las personas, y se basan en el desarrollo pleno de sus potencialidades. Se caracterizan por ser innatas o inherentes (dignidad de la persona humana); universales, inalienables e intransferibles, imprescindibles o irreversibles; inviolables; obligatorios, trascienden las fronteras nacionales; indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables.
 - ◆ Un derecho es algo que una persona tiene desde que nace. A los derechos de las personas se les llama derechos humanos. A ninguna persona se le puede quitar, ni borrar, ni arrancar sus derechos.
 - ◆ Ejemplo de derechos:
 - Derecho a la vida.
 - Derecho a un nombre.
 - Derecho a la no discriminación.
 - ◆ En la medida que los derechos humanos tienen el carácter de obligatorios, las instituciones y los Estados tienen el deber de hacerlos valer y garantizar su exigibilidad para asegurar el bienestar en condiciones de igualdad, independientemente de variables económicas como la escasez de recursos.
 - ◆ Hay un tipo de derechos que todas las personas tenemos, estos derechos también son parte de los derechos humanos y se llaman derechos sexuales y derechos reproductivos.
 - ◆ Los derechos sexuales y derechos reproductivos son un conjunto de derechos humanos que aseguran a todas las personas la posibilidad de tomar decisiones con respecto a su sexualidad y ejercerla libremente sin presión ni violencia.

Es decir, son los derechos que toda persona tiene para decidir con quién y cuándo tiene o no hijos y relaciones sexuales. Son derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva". (OMS 2004).

- ❖ Los derechos sexuales, hacen referencia a todas aquellas potestades que tenemos en el ejercicio de nuestra sexualidad, que no se limita a ver con quien mantenemos relaciones sexuales exclusivamente, sino que también hace referencia al derecho de mostrar libremente nuestros afectos, a que nuestra vida sexual esté libre de violencia, al derecho a la privacidad, a la libre expresión de mi identidad y orientación, a una vida sexual placentera y libre de coerción, al acceso a servicios sobre salud sexual amigables, y a la educación en la sexualidad, entre otros. Mientras que los derechos reproductivos hacen referencia a la libertad con la que contamos para decidir si tenemos hijos o no, cuántos tener en caso de decidir tenerlos, cómo tenerlos y con quién, con que espaciamiento, al acceso a servicios de salud reproductiva, al acceso a métodos anticonceptivos y a la libertad de las mujeres a ejercer libremente la autodeterminación sobre su cuerpo en lo que respecta los procesos de embarazo.
- ❖ **Derechos sexuales:**
 - Derecho a disfrutar de la sexualidad sin necesidad de procrear.
 - Derecho a la libre elección de prácticas sexuales.
 - Derecho a formar o no una familia y a elegir libremente su estructura.
 - Derecho a que se respete nuestra intimidad.
 - Derecho a la libre expresión de la orientación sexual.
 - Derecho a disfrutar de una vida sexual placentera.
 - El derecho a vivir la sexualidad con consentimiento y sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
 - El derecho a escoger la o las parejas sexuales.
 - El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no.
 - El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
 - El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
 - El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
- ❖ **Derechos reproductivos:**
 - Derecho a decidir, libre y con responsabilidad si se quiere o no tener hijos, el número y espaciamiento entre ellos.
 - Derecho a disponer de información, educación y los medios para ello.
 - Derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
 - Derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.
 - Derecho al acceso a servicios de salud integrales y de calidad.
 - El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).

- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad voluntaria, segura y saludable.

El enfoque de interculturalidad en la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes

1. En esta sección se explica que se trabajará la interculturalidad y que para ello se entrega a cada participante un papelote, crayolas o colores, plumones, etc., se dice que cada uno/a va a imaginar que vive en una montaña, en la cima de una montaña, “escoja la montaña que usted prefiera, empinada o de amplia base, verde o rocosa, nevada o cálida, es su montaña, suéñela. Su montaña debe ser como usted, desde ella puede ver el mundo, un bello valle, el mar, el río, una amplia cadena de otras montañas. ¿Tiene ya su montaña dibujada? Se da unos minutos para que cada una/o decore su montaña con su propio estilo de colores y/o dibujos. Luego se dice que:

“Lo importante de esta metáfora es que su montaña representa su cultura, no está hecha de rocas y tierra sino de historia, valores, saberes, tradiciones, conocimientos, formas de comportamiento, y visiones sobre el género y la sexualidad de hombres, mujeres y de los jóvenes. En la capa superior de su montaña está lo más visible, lo que se observa cuando hacemos turismo, el vestido, baile, comida; inmediatamente abajo están su forma de organizar la vida, la producción y distribución de los bienes, materiales o simbólicos. Un poco más abajo, donde ya no se distingue tan bien desde lejos o desde la cima misma, están los supuestos que justifican y asignan poder y privilegios a unos sobre otros u otras. Más abajo, cerca de la base, está la estructura de la razón y las emociones de su pueblo. Y aún más abajo, en el corazón de la montaña, está su cosmovisión, su concepción de la realidad, su propia lengua.

“Su montaña es hermosa y, sobre todo, es muy suya. Desde la cima usted tiene una visión particular del mundo, nadie que no esté allí con usted apreciará ese panorama, no sabrán decir por dónde sale y se oculta el sol (símbolo del saber en esta metáfora) ni sabrá apreciar lo que realmente vale la pena vivir”.

Ahora, es nuestro deber informarle de que su montaña no está sola, es una de muchas otras, donde la gente se siente orgullosa de su particular geografía y su propia visión del mundo, pero, en fin, en cada una de ellas somos relativamente felices. Un día, sin embargo, esta paz se rompe; en alguna crisis tectónica las montañas, los pueblos, se terminan encontrando y entonces tenemos que imaginar:

¿Qué desearíamos que pase durante tal encuentro?

2. Recogemos en un papelote las ideas o reflexiones que emanen de esta pregunta y resumimos y complementamos con lo siguiente:
3. La respuesta al encuentro de esos pueblos (cada uno desde su propia montaña) es la interculturalidad.

Ideas fuerza:

- ❖ La interculturalidad se trata del diálogo, un diálogo respetuoso entre personas de diferentes culturas, consciente de la desigualdad de poder de base, que a su vez intenta trascender y enriquecer a los que participan en este diálogo.
- ❖ Un diálogo que solo es posible si tomamos conscientemente la decisión de subir la montaña del otro, y el otro toma una decisión igual. Un diálogo que por tanto implica primero bajar nuestra propia montaña, desandarla, con el riesgo de perdernos en el camino y terminar siendo otros.
- ❖ Este diálogo entre culturas, también es un diálogo entre formas de sentir y vivir la sexualidad, los roles de género y la distribución del poder.
- ❖ Este diálogo, cuando se da dentro del ámbito de la salud, se llama salud intercultural e implica el encuentro de dos o más sistemas médicos, es decir, dos sistemas de explicación, cuidados y dos conjuntos de terapeutas (sanadores, cuidadores, etc.) con diversos recursos terapéuticos.
- ❖ La interculturalidad implica, pero no se reduce a, hablar el mismo idioma o a ofrecer un trato respetuoso, sino que requiere:
 - Cuestionar jerarquías sociales entre profesionales y usuarias/os.
 - Igualdad en el reconocimiento cultural y jurídico del sistema biomédico y los sistemas médicos indígenas.
 - Cuestionar la discriminación étnico-racial y cultural.
- ❖ La incorporación de la salud intercultural es un componente crucial para mejorar la salud de las poblaciones indígenas y rurales, pero esto es insuficiente si no se mejora la capacidad resolutiva y otros componentes de la calidad de atención de los establecimientos de salud, como el reconocimiento de las y los adolescentes como sujetos de derechos, portadores de su propia identidad, que tiene como una de sus dimensiones y expresiones su identidad cultural.

IV. EVALUANDO APRENDIZAJES Y ASUMIENDO COMPROMISOS 15 minutos

Al final de esta sesión, vamos a pedir que cada participante escriba en una tarjeta de colores, el ejemplo de una acción que refleje el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en los servicios de salud y que pueda ponerse en práctica de inmediato.

Luego invitamos a cada participante que pegue su tarjeta en la pizarra y pedimos que dos o tres de ellas compartan voluntariamente su propuesta.

V. LECTURA DE APOYO

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud, 2019.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>

SESIÓN 4.

EN LOS SERVICIOS DE SALUD GARANTIZAMOS LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ♦ Reconocido y profundizado sobre la autonomía sexual y el consentimiento informado en sexualidad de las y los adolescentes.
- ♦ Reflexionado sobre su rol y responsabilidad en la provisión de servicios de salud respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Tiempo: 2 horas, 35 minutos

Recursos:

- ♦ Papelógrafos.
- ♦ Plumones gruesos de diferentes colores.
- ♦ Masking tape.
- ♦ Hojas con guiones sobre personajes adolescentes.
- ♦ Hojas con las premisas sobre consentimiento informado.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y da una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas/os por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión.

Antes de empezar hacemos una lluvia de ideas con los mensajes, temas o contenidos que los y las participantes recuerden de la sesión anterior, para refrescar lo aprendido y vincularlo con el tema del día.

Para que las participantes se sientan en confianza se explica que todos/as juntas vamos a crear un clima de confianza y calidez ensayando nuevas formas de saludo entre todas/os. Invitamos a caminar a las participantes libremente por el aula y les decimos que cada vez que la facilitadora diga “Alto”, saludarán a la persona con la se encuentren, de diferentes maneras, según indique la facilitadora:

- Se saludan como amigas/os.
- Se saludan como desconocidas/os.
- Se saludan con alegría.
- Se saludan con desconfianza.
- Se saludan como en un re-encuentro.

II. RECOGIENDO SABERES

60 minutos

1. Se explica que para empezar esta sesión se va a hacer un rápido juego de roles, para el que se solicita 06 voluntarias/os, tres de ellas tendrán el rol de adolescentes (se busca, de ser posible que un/a de ellos/as hable quechua o shipibo, según su región)

que acuden a un servicio de salud por una consejería en salud sexual y reproductiva y las otras tres serán proveedoras de salud. Las adolescentes recibirán un guión que tendrán que interpretar según el caso.

Adolescente 1: Mujer adolescente de 15 años que ya inició relaciones sexuales con su enamorado y acude al servicio porque no quiere salir embarazada, pero tiene mucha vergüenza decir que ya tiene relaciones sexuales.

Adolescente 2: Hombre adolescente de 16 años que ha tenido relaciones sexuales con varias parejas y acude al servicio para que le hablen del VIH.

Adolescente 3: Mujer adolescente de 15 años, quechua o shipibo hablante, que vive en una comunidad rural o indígena, que tiene un niño de 1 año, no quiere quedar embarazada nuevamente, pero le han dicho que los anticonceptivos modernos pueden dejarla estéril.

2. Se da unos minutos para que cada participante se prepare en su rol, y se invita a cada pareja que represente la sesión de consejería en salud sexual y reproductiva, según su rol. Pedimos que todas/os los demás participantes observen las representaciones.

Después de las tres interpretaciones y de aplaudir la colaboración de las participantes, hacemos al grupo las siguientes preguntas, sobre cada caso:

- ¿De qué manera se han respetado los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes atendidos en cada caso? ¿Cuáles?
- ¿De qué manera no se han respetado algunos derechos sexuales y reproductivos? ¿Cuáles?
- ¿Por qué creen que pasa eso?

3. Se recogen todas las respuestas y se anotan en un papelote para después cerrar esta parte con estas reflexiones.

Ideas fuerza:

- ❖ Las/los adolescentes deben enfrentar barreras específicas que no se presentan en el caso de la población adulta, como: los condicionamientos culturales o sociales de sus padres, las creencias religiosas de éstos o sus expectativas en cuanto al momento en que los hijos e hijas deben iniciar su actividad sexual o su menor autonomía y manejo de su tiempo e ingresos propios. Estos últimos generalmente están supeditados a una autoridad adulta, los padres y madres, las parejas, los suegros, etc.
- ❖ También deben enfrentar el temor de las y los proveedores de salud en relación a atender sujetos cuya capacidad para decidir y autonomía es cuestionada.
- ❖ La demora o la imposibilidad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, en razón de las barreras, implica la violación de los derechos fundamentales de las y los adolescentes, como la salud, la vida, la integridad, la autonomía, la dignidad, la igualdad y la privacidad protegidos por el derecho internacional de los derechos humanos.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

60 minutos

1. Se explica que para profundizar el tema se va a reflexionar colectivamente sobre valores, creencias y prácticas personales en relación a la “autonomía sexual” o el “derecho a decidir de las y los adolescentes” y para ello se formarán 4 grupos, con la técnica “la lancha se hunde”. Se pide a las/os participantes que caminen libremente por el salón, mientras que la facilitadora dice en voz alta: *“Dice que todas las participantes están caminando libre y relajadamente por un valle, verde y lleno de flores, el cielo es azul y el aire cálido.... hasta que de repente llega una inundación y solo se salvan aquellas que se junten en grupos de 8...se vuelve a repetir el relato y esta vez se salvan solo en grupos de 10.... en grupos de 4.... en grupos de 7 (hasta hacerlo en 4 grupos de número equitativo de participantes”*.
2. Luego se distribuye una hoja a cada grupo con las siguientes 04 afirmaciones:
 - Las y los adolescentes son capaces de decidir cuándo iniciar sus relaciones sexuales.
 - Las y los adolescentes no son capaces de decidir cuándo iniciar sus relaciones sexuales.
 - Las/os proveedores de salud deben darle MAC (Método Anticonceptivo) a las y los adolescentes.
 - Las/os proveedores de salud deben darle MAC a las y los adolescentes solo en algunos casos y bajo ciertas condiciones.

Se explica que en cada grupo se discutirá si están de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación, considerando los argumentos a favor y en contra de cada premisa y que un/a relatora presentará un resumen de esta discusión.

3. En plenaria y después de las presentaciones, abrimos un debate colectivo sobre argumentos a favor y en contra de cada premisa, problematizando y confrontando valores y creencias personales con conceptos claves sobre laicidad y derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes.

Ideas fuerza:

- ❖ **El consentimiento informado o derecho a la decisión informada** de las/los adolescentes es un mecanismo que contribuye a la protección de los derechos sexuales y reproductivos, pues implica tanto el acceso a información completa, veraz y oportuna, como la adopción de decisiones autónomas y su seguimiento por parte de las/los proveedores de salud.
 - Consiste en la adopción de decisiones autónomas, que expresan la voluntad de quien decide, basadas en información completa, veraz, oportuna y suficiente en la materia.
 - Es un mecanismo para enfrentar las barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, lo mismo que para acercar a las/los adolescentes al acceso efectivo a los servicios que requieren o solicitan.
- ❖ Es importante reconocer que tradicionalmente ha existido tensiones en torno al concepto de cuando un/a adolescente adquiere capacidad de tomar decisiones

autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Para ello es importante considerar:

- Marco normativo internacional: Convención de los Derechos del Niño (1989), Plataforma de Acción del Cairo (1994), etc.
- El concepto de las capacidades evolutivas del menor, que se refiere a la limitación de la facultad de los padres de decidir por sus hijos, es decir a medida que las y los adolescentes van adquiriendo las condiciones necesarias para adoptar decisiones de manera autónoma sobre su propia vida, ejerciendo los derechos de los que son titulares va disminuyendo la facultad de los padres y madres de decidir por sus hijos/as.
- ❖ Considerar el criterio del “Interés superior del niño”, derecho reconocido en la Convención de los Derechos del Niño, que se refiere, que cuando un/a proveedor de salud tiene dudas o conflictos en cuanto a algún servicio, debe primar el criterio de “aquel que signifique beneficio o la atención de alguna necesidad del niño o niña (Recuérdese que, para la Convención, se reconoce como niño o niña a todo menor de 19 años).
- ❖ Avalan también el derecho a decidir en el ámbito de la salud sexual y reproductiva la normatividad nacional: Código del niño, niña y adolescente, Normas técnicas del MINSA, entre otras, que se verán más adelante.
- ❖ Es particularmente específica, la protección el derecho a decidir y el consentimiento informado sobre su sexualidad, el Fallo N° 0008-2012-PI/TC, del Tribunal Constitucional, que reconoce la libertad sexual de las y los adolescentes de 14 y más años, como expresión de su derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 2º inciso 1 Constitución). A las y los adolescentes les corresponde ejercer libremente su sexualidad, componente del derecho a la salud.
 - *“...los titulares de los derechos a no ser privados de información, a la salud y a la intimidad son todos los mayores de 18 años de edad, pero también, teniendo como base las mismas razones expuestas con relación a lo peticionado en el presente caso, el Tribunal Constitucional, estima que los menores de edad entre 14 años y menos de 18 pueden ser titulares de dichos derechos en los asuntos vinculados a su libertad sexual”* (párrafo 87).
- ❖ Es importante que las y los proveedores de salud reconozcan el principio de LAICIDAD del Estado, es decir que el principio por el cual el Estado que no admite en su régimen ni en sus actividades ninguna injerencia religiosa o clerical, porque es la única manera de garantizar la libertad de conciencia, de pensamiento y de religión, es también la manera de respetar la pluralidad de nuestras sociedades, contribuir a la vida en armonía entre las personas en una sociedad (Art. 50 Constitución de la República, 1993).
 - Este principio debe regir las actividades y servicios que desarrolla cualquier funcionario/a o servidor/a pública, cumpliendo sus responsabilidades, evitando y garantizando que sus creencias religiosas no sean trasladadas a la formulación de políticas públicas, programas o servicios que brindan.
 - Esto quiere decir que un/a proveedor/a de salud de servicios públicos no puede

apelar a sus principios morales o religiosos para negarse a cumplir con la normatividad que garantiza la atención en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en ejercicio de sus derechos.

IV. APlicando lo aprendido

15 minutos

En esta sección se trabaja en plenaria, explicando a las/los participantes que entre todas/os se va a construir una lista sobre las características o habilidades personales que las y los proveedores de salud deben fortalecer para brindar servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes que reconocen y respetan su derecho al consentimiento informado.

Se anotan todas las características mencionadas y se señala que éstas son posibles de aprenderse y mejorarse y que ese es el objetivo de este programa de capacitación.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES

15 minutos

Al final de esta sesión, preguntamos a las y los participantes lo siguiente:

¿Cuáles piensan que son los derechos sexuales y reproductivos que más se vulneran en los servicios de salud? ¿Qué podemos hacer para cambiar esta situación?

VI. LECTURAS DE APOYO

Derechos Sexuales y Reproductivos de la Gente Joven: Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales. IPPF, PROFAMILIA. Pgs. 8-38. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/172/libro_espanol.pdf?sequence=5&isAllowed=y

MÓDULO II: VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS Y LAS ADOLESCENTES

I . OBJETIVO:

Las y los participantes reconocen la violencia de género y la violencia sexual como resultado de relaciones de poder y control y analizan sus consecuencias e impactos en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

II. COMPETENCIAS BÁSICAS:

- ❖ Analiza y explica el origen y las consecuencias de la violencia de género y la violencia contra los y las adolescentes incluida la violencia sexual desde un enfoque de género.
- ❖ Realiza evaluación de riesgo de violencia de género y violencia sexual contra las y los adolescentes y contribuye a mejorar la respuesta de los servicios de salud.

SESIÓN 1.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO, TIPOS DE VIOLENCIA, IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ◆ Analizado y reflexionado sobre la violencia de género, comprendiendo que el poder y control masculino son la base de la violencia contra las mujeres.
- ◆ Reflexionado sobre las implicancias de la violencia de género como parte de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Tiempo: 2 horas y 50 minutos.

Recursos:

- ◆ Dibujo de un árbol.
- ◆ Tarjetas de colores.
- ◆ Plumones gruesos de diversos colores.
- ◆ Cinta maskingtape.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y hace una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación.

Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión.

II. RECOGIENDO SABERES

45 minutos

1. Se conforma cuatro grupos, a quienes se les entregará un árbol dibujado en un papelote para que reconozcan el concepto de violencia de género e identifiquen sus causas y consecuencias. Para ello, se indica que cada grupo coloque la tarjeta “violencia de género” en el tronco del árbol, mientras las causas que identifiquen son ubicadas en la raíz y las consecuencias de este problema en la copa del árbol.
2. Una vez terminado el trabajo de grupos, un/a participante de cada grupo presentará su “Árbol del problema”.
3. Se señalará que el esfuerzo grupal de poder discutir las causas y consecuencias de un problema tan complejo como la violencia de género es muy importante y sobre eso vamos a profundizar en la sesión.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

85 minutos

Reflexionando sobre la violencia de género y la violencia contra las mujeres.

1. A través de una dinámica conformar tres grupos para que discutan y analicen casos de violencia. A cada grupo se le entrega un caso, y se les solicita responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué piensan de este caso?
- ¿Qué deben hacer las personas que están sufriendo violencia?
- ¿Qué tipo de violencia identifican?
- ¿Qué harían ustedes como proveedoras/es de salud?

Caso 1:

Elsa y José han empezado a convivir desde hace unos meses. Ella es una mujer alegre cuando está con sus amigas y callada cuando José está presente. Lo que pasa es que, a solas, él siempre la manda a callar, diciéndole que habla mucho y que habla sin saber. José se burla de ella porque no terminó la secundaria. Elsa quiere volver a la escuela, aunque sea en la nocturna, pero él se burla y le dice que no tiene cabeza para estudiar, que lo que debe hacer es darle ya un hijo, aunque Elsa no quiera ser mamá tan pronto.

Caso 2:

Rosita tiene 17 años y Manuel es su enamorado hace dos años. Ellos han iniciado sus relaciones sexuales hace 1 año. Manuel es muy celoso, cada vez que salen a una fiesta, él se enfurece si ella sale a bailar con otros chicos o sola con sus amigas, él le dice que “lo hace quedar mal frente a sus amigos y que ella ya es su mujer y no debe estar haciendo lo que quiere”. El sábado saliendo de una fiesta, ella lo confrontó y él le respondió con una cachetada, ella lloró mucho esa noche, pero al día siguiente él le llevó un regalito y le pidió perdón. Ella piensa que debe perdonarlo, es la primera vez que lo hace.

Caso 3:

Lucy tiene 13 años, es muy buena alumna en el colegio, pero hace unos meses, su profesora la nota distraída y un poco triste. Hace unos días la profesora le ha pedido conversar con ella para saber que le está pasando. Después de algún rato, Lucy se pone a llorar y le cuenta que hace un año, un tío de 25 años ha llegado a vivir a su casa por trabajo y desde que llegó, empezó a “enamorarla”, y a pesar que ella se fastidiaba, el continuó molestándola, hasta que hace un mes, cuando nadie había en casa, el tío la forzó a tener relaciones sexuales, mientras que le decía que no se preocupara, que él la quiere y que ella ya es una mujercita y eso era natural.

2. Luego de la discusión grupal, les decimos que cada grupo escriba sus conclusiones en un papelote y que luego las compartan en plenaria.
3. El/la facilitadora concluye la discusión grupal tomando como referencia las ideas fuerza:
 - ◆ La violencia de género constituye una flagrante transgresión de los principios consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Entre otras cosas, la violencia contra las mujeres es una violación del derecho a la vida, a la libertad y a su seguridad personal.
 - ◆ Con frecuencia nos referimos a la violencia basada en género, como violencia contra la mujer, cuando en realidad no son sinónimos y más bien la violencia contra la mujer está incluida en la violencia de género, pues esta además incluye a la homofobia y los crímenes de odio contra personas por su orientación sexual e identidad de género.

- ❖ La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en su Artículo 1º señala que se entiende por violencia contra la mujer a “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.
- ❖ La violencia contra las mujeres es un aspecto de la vida social que ha permanecido durante mucho tiempo invisible. La violencia física, psicológica y sexual a mujeres y niñas, son resultado de un orden desigual que ocupan las mujeres dentro de la familia y la sociedad. El reconocimiento de esta relación de desigualdad es importante para prevenir la violencia y para atender a las víctimas de violencia en las familias.
- ❖ La violencia contra las mujeres es el resultado de la forma en que los hombres y las mujeres se relacionan. Los primeros asumiendo el poder y el control sobre las segundas, y estas aceptando la sumisión y la subordinación.
- ❖ El machismo, es una expresión cultural de un sistema sexo/género, que se basa y se sostiene a través del tiempo en la idea de la inferioridad de las mujeres y los privilegios masculinos en el uso del poder sobre las mujeres. El machismo es aprendido y reforzado en el proceso de socialización de hombres y mujeres. La violencia contra las mujeres es un mecanismo por el cual los hombres necesitan mantener el control y poder sobre las mujeres o sobre el “debido comportamiento” de las mujeres en el hogar o en la vida pública.
- ❖ La violencia contra las mujeres, está todavía justificada y socialmente tolerada, lo que impide que esta sea prevenida y sancionada por las instituciones responsables.
- ❖ No existe ninguna justificación para la violencia contra las mujeres, la responsabilidad de las agresiones es de quien ejerce la violencia. La violencia es aprendida y es resultado del modo en que se construye la masculinidad en contextos sociales altamente machistas.
- ❖ Es importante reconocer la violencia contra las mujeres en la etapa del enamoramiento. Las adolescentes se involucran en relaciones amorosas de diversos tipos, que incluyen desde encuentros casuales y experiencias sexuales hasta relaciones formales y uniones formales o informales. Las adolescentes aspiran a tener relaciones no violentas, que se caractericen por el respeto, el amor y la confianza. En general, son capaces de reconocer la violencia física como tal, pero a menudo no identifican o problematizan una serie de comportamientos violentos en sus relaciones de pareja. Muchos de estos comportamientos están expresados como comportamientos controladores de parte de sus parejas, como: revisar los celulares, opinar sobre la vestimenta o la elección de los amigos, entre otras.
- ❖ Durante el enamoramiento la violencia puede ser muy sutil e ir incrementándose con el tiempo, de hecho, muchas jóvenes al vivir en un entorno violento,

frecuentemente aprenden a relacionarse de esta manera. El maltrato a la pareja puede ocurrir en cualquier momento desde la primera salida juntos o hasta transcurridos varios años de relación, pero su diferencia ante otros tipos de violencia es el proceso de socialización y adquisición de roles de género en las y los adolescentes, los mismos que determinan el dominio y control como comportamiento masculino y la sumisión como femenino, sumados a la idealización del “amor romántico”, que todo lo puede superar y todo lo perdona, así como el carácter informal y efímero de las relaciones de enamoramiento.

- ❖ Es necesario reconocer las diferentes expresiones de la violencia contra la mujer y en las distintas etapas de vida: violencia física, psicológica, sexual, económica.
- ❖ La violencia contra las mujeres además de ser una vulneración a sus derechos humanos, está considerada desde hace mucho tiempo como un problema de salud pública por su impacto y consecuencias en la salud física y mental de las mujeres y porque es posible prevenirla.
- ❖ Las y los proveedoras/es de salud, por lo general no indagan sobre la violencia de género, por varias razones, principalmente por temor a no saber qué hacer frente a ella o por considerarla muy compleja, sin embargo, muchas veces son las y los proveedoras/es de salud el primer y único contacto que tiene una mujer en situación de violencia con los servicios públicos. La Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y otros integrantes del grupo familiar, señala claramente las competencias y obligaciones de las instituciones públicas, incluidas los servicios de salud en relación a la violencia contra la mujer.

Reflexionando sobre el impacto de la violencia en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

1. El/la facilitadora menciona que en esta sección se va a trabajar las consecuencias de la violencia. Luego les menciona que el tema va hacer trabajado con la dinámica de los corazones rotos. Para el cual se entrega a cada participante una silueta de cartulina en forma de corazón, y se les pide ubicarse al centro e iniciar a caminar indistintamente concentrándose únicamente en lo que tiene en la mano.
2. El/la facilitadora hace las preguntas y las/os participantes van rompiendo una parte o un pedazo del corazón por cada respuesta afirmativa. Y se les pide que guarden los pedacitos de la tarjeta, teniendo cuidado de no perderlos.
 - ❖ Preguntas para el/la facilitador/a:
 - ❖ ¿Te han golpeado alguna vez?
 - ❖ ¿Te ha dicho que no sirves para nada?
 - ❖ ¿Te han hecho sentir vergüenza frente a otras personas?
 - ❖ ¿Te han impedido vestirte como deseas?
 - ❖ ¿Te han impedido conversar con tus amigas o familiares?
 - ❖ ¿Te han impedido ir a trabajar?
 - ❖ ¿Te han obligado a tener relaciones sexuales aun cuando no lo deseabas?

- ◆ ¿Te han controlado las llamadas?
 - ◆ ¿Te han impedido salir a divertirte?
 - ◆ ¿Te has enfrentado alguna vez a un embarazo no deseado?
 - ◆ ¿Has sido criticada alguna vez por pedir a tu pareja usar el condón en una relación sexual?
3. Se hace una pausa y se pide a los/as participantes lentamente ponerse en un círculo, el/la facilitador/a hace las siguientes preguntas:
- ◆ ¿Cómo se han sentido?, ¿Cómo ha quedado su corazón?
 - ◆ ¿Qué relación encuentran entre ese corazón y las consecuencias de la violencia que han sufrido?
 - ◆ ¿Qué conclusiones pueden sacar de esta dinámica?
4. Como el tema que se trabaja es muy doloroso, se recomienda que, si se observa alguna reacción emocional en las/os participantes, nos acercamos y le damos un abrazo fuerte o ponemos una mano de forma cálida sobre su hombro. Se anuncia que llegó la hora de reconstruir (armar) nuestros corazones y deben hacerlo buscando una alternativa a cada maltrato, proponiendo una forma diferente de actuar (se asumirá esto como un compromiso de cada persona para ir cambiando las relaciones entre ellas/os, entre hombres y mujeres). Se les invita a observar cómo quedó su corazón y sobre ello, se reflexiona preguntando:
- ◆ ¿Cómo se han sentido?
 - ◆ ¿Qué han sentido al ir pegando cada pedacito?
 - ◆ ¿Han sido capaces de encontrar nuevas formas de actuar? ¿Cómo? ¿Por qué?
 - ◆ ¿Cómo ha quedado su corazón después de reconstruido?
 - ◆ ¿Qué lecciones podemos sacar de esto?
5. Finaliza esta actividad, comentando sobre las consecuencias de la violencia de género. Se reflexiona sobre las estadísticas y sobre el impacto que la violencia tiene sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, apoyándonos en las ideas fuerza.

Ideas fuerza:

- ◆ En el Perú el año 2018 (ENDES), 63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unidas fueron víctimas de violencia ejercida por su esposo o compañero.
- ◆ El 43% de los casos atendidos por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) durante el 2018 fueron adolescentes de 12 a 17 años (17,851 casos a nivel nacional). El 37% corresponde a casos de violencia psicológica y 31% a casos de violencia sexual y violencia física respectivamente.
- ◆ El impacto de la violencia contra la mujer involucra de manera importante su salud sexual y reproductiva y salud mental. La violencia física y sexual está presente en algunos de los problemas de salud reproductiva más difíciles de nuestro tiempo: embarazos no deseados, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y complicaciones del embarazo. Un número creciente de estudios documentan las maneras en que la violencia por parte de la pareja y la coerción sexual menoscaban la autonomía sexual y reproductiva de la mujer poniendo en peligro su salud.

- ◆ La exposición a la violencia durante la niñez también puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas durante toda la vida, como adoptar comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, tener relaciones sexuales precoces, embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual. Otros problemas sociales y de salud mental relacionados con la exposición a la violencia incluyen trastornos de ansiedad y depresión, alucinaciones, bajo desempeño laboral y trastornos de memoria, así como comportamiento agresivo.
- ◆ Siendo una de las consecuencias de la violencia sexual el embarazo, considerado una forma de embarazo forzado. Algunos de los pocos estudios sobre el tema sugieren que “entre 50% y 60% de las adolescentes que quedan embarazadas tienen antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente”. (Mujica, Zevallos y Vizcarra, 2013).

IV. APlicando lo aprendido

20 minutos

1. Para aplicar todo lo aprendido hasta el momento, se dice a las y los participantes que vamos a simular que cada una fue invitada/o a un taller para hablar sobre las causas de la violencia a un grupo de mujeres de organizaciones sociales de la comunidad, ¿Cómo explicarían con ejemplos las causas y/o consecuencias de la violencia contra la mujer? Después de que cada participante realiza su propio ejercicio, se pide que algunas/os de ellas/os nos expliquen cómo lo harían.
2. Luego de las explicaciones el/la facilitadora brindará conceptos claves sobre el tema.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y DEFINIENDO COMPROMISOS

15 minutos

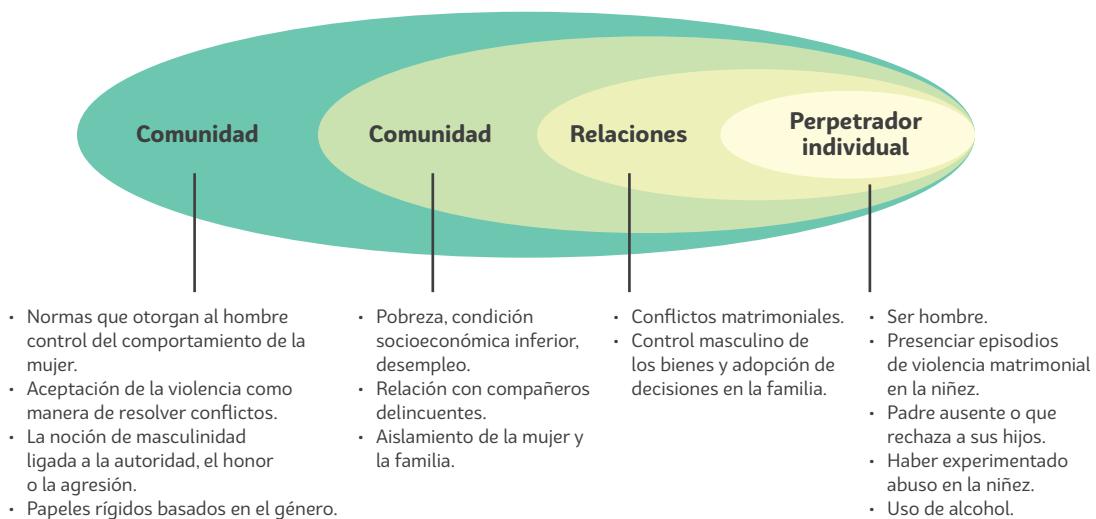
Para concluir la sesión se entrega a cada participante una tarjeta de 20 x 15 cm. y se solicita a cada participante que escriba una acción personal que considere necesaria para prevenir la violencia contra la mujer y que pueda poner en práctica a partir de hoy a nivel personal, familiar o en sus servicios de salud.

VI. LECTURAS DE APOYO

MODELO ECOLÓGICO Y OTROS MODELOS EXPLICATIVOS PARA ENTENDER LAS CAUSAS DE LA VBG

Modelo Ecológico para entender las causas de la violencia contra la mujer

Figura 1. Modelo ecológico de los factores relacionados con el abuso por parte del compañero.



¿Qué es lo que causa la violencia contra la mujer? Cada vez más, los investigadores están valiéndose de un “marco de referencia ecológico” para comprender la interacción de los factores personales, situacionales y socioculturales que se combinan para causar abuso. En este modelo, la violencia contra la mujer resulta de la interacción de factores en diferentes niveles del medio social.

El modelo puede visualizarse mejor como cuatro círculos concéntricos. El círculo interior representa los antecedentes biológicos y personales que influyen en el comportamiento del individuo en sus relaciones. El segundo círculo representa el contexto inmediato en que el abuso tiene lugar —por lo común la familia u otra relación de trato íntimo. El tercer círculo representa las instituciones y estructuras sociales, tanto formales como informales, en las que se desarrollan las relaciones— el barrio, el lugar de trabajo, las redes sociales y los grupos de compañeros. El cuarto círculo exterior representa el medio económico y social, incluidas las normas culturales.

Una amplia variedad de estudios coincide en cuáles son los factores que en cada uno de estos niveles aumentan la probabilidad de que un hombre maltrate a la compañera.

En el plano individual, son factores el maltrato sufrido en la niñez, la violencia marital en el hogar en presencia del niño, la ausencia o el rechazo del padre y el uso de alcohol con frecuencia.

En el plano de la familia y las relaciones, los estudios transculturales han citado el control masculino de los bienes y la adopción de decisiones dentro de la familia y los conflictos conyugales como factores predictivos del abuso.

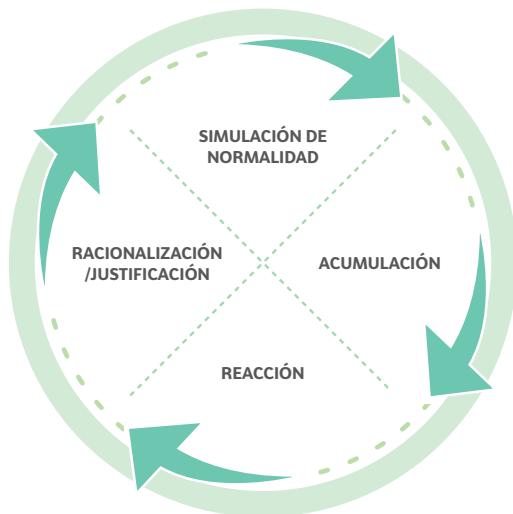
En el plano comunitario, el aislamiento de la mujer y la falta de apoyo social, junto con

los grupos de contemporáneos del sexo masculino que toleran y legitiman la violencia de los hombres, predicen tasas mayores de violencia.

En el plano social, los estudios de diversas partes del mundo revelan que la violencia contra la mujer es más común en lugares donde los papeles basados en el género están rígidamente definidos e impuestos y donde el concepto de masculinidad está ligado a la dureza, el honor masculino o la autoridad. Otras normas culturales relacionadas con el abuso son la tolerancia del castigo físico de las mujeres y los niños, la aceptación de la violencia como medio de resolver las disputas personales, y la percepción de que las mujeres son “propiedad” de los hombres.

Al combinar los factores de riesgo en el plano individual con los datos de los estudios transculturales, el modelo ecológico contribuye a que se entienda por qué algunas sociedades y algunos individuos son más violentos que otros y también por qué la mujer, particularmente la esposa, es constantemente víctima de abuso.²

El ciclo de la violencia hacia las mujeres ³



La violencia contra la mujer se manifiesta como un círculo vicioso, con fases o situaciones que es importante identificar, para reconocer el tipo de intervenciones necesarias para detenerla.

Acumulación de tensión: Alguna tensión (por ejemplo: el trabajo, el dinero o las cuentas por pagar) inician esta parte del ciclo. La tensión causa que el abusador se sienta impotente. El abusador elige reaccionar contra la esposa o compañera con el abuso verbal, insultos y acusaciones. En la medida en que aumenta la tensión, la víctima intenta calmar al abusador y adelantarse a todo lo que él pueda desear.

Reacción o explosión violenta: Etapa en la que el agresor pasa al abuso verbal grave, ataques físicos o sexuales violentos. Puede ocurrir una vez o varias veces. El abuso siempre es intencional y nunca es accidental. La motivación detrás de cualquier tipo de abuso es herir, humillar o tener poder y control sobre la víctima.

² Para acabar con la violencia contra la mujer, PopulationReports, Serie L, Número 11, 1999.

³ Adaptado de https://www.gov.mb.ca/justice/domestic/cycleofviolence/pdf/cycleofviolence_Spanish.pdf

Racionalización/justificación: En esta fase el agresor usa mecanismos de defensa como culpar a los demás o minimizar la violencia. Los mecanismos de defensa se utilizan para quitarse la culpa sentirse mejor. El agresor define el abuso e interpreta las cosas “como realmente son”. La pareja agredida empieza a creer esta interpretación.

Simulación de normalidad o reconciliación: Cuando se ha establecido el paso de racionalización/justificación, ambos miembros de la pareja intentan continuar la relación normalmente fingiendo que todo está bien. El agresor se muestra arrepentido, pide perdón y promete cambiar. Esta actitud suele ser convincente, porque en ese momento él se siente culpable de verdad. Luego del perdón, volverá a crecer la tensión y un nuevo ciclo se iniciará.

SESIÓN 2.

LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS Y LOS ADOLESCENTES: DECONSTRUYENDO MITOS Y ANALIZANDO CONSECUENCIAS

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión él/la participante habrá:

- ◆ Analizado y reflexionado sobre la violencia sexual contra las y los adolescentes y la necesidad de deconstruir mitos y estereotipos que las sustentan y reproducen.
- ◆ Reflexionado sobre las consecuencias e impacto de la violencia sexual en la salud física y mental de las y los adolescentes.

Duración: 2 horas, 50 minutos.

Recursos:

- ◆ Tarjetas de colores (verde, blanco y amarillo).
- ◆ Plumones gruesos de colores.
- ◆ Cinta maskingtape.
- ◆ Papelotes.
- ◆ Ficha de afirmaciones.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

El/la facilitadora saluda y hace una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación.

Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión.

II. RECOGIENDO SABERES

30 minutos

1. Cada grupo se instala y elige a una persona que moderará. Se les explica que se va a trabajar juntos algunas ideas sobre la violencia sexual. Se entrega tres tarjetas de diferentes colores (verde, blanco y amarillo) a cada participante para que escriban la primera palabra que se les venga a la cabeza y expresen lo que SIENTEN (cartulina de color verde), lo que SABEN (cartulina de color blanco) y lo que TEMEN (cartulina de color amarillo), ante la sola expresión de “violencia sexual”.
2. Una vez terminado el ejercicio, se solicita que cada participante lea al menos una de sus tarjetas y luego todas/os pasan a pegar sus tarjetas, organizándolas en los siguientes bloques (previamente rotulados en la pizarra o pared):
 - ◆ Actitudes y emociones.
 - ◆ Ideas y conceptos.
 - ◆ Advertencias y mensajes.
3. Después de leer las tarjetas organizadas, se cierra esta parte señalando que la violencia sexual es un tema muy complejo pero que es importante conocer y reconocer las principales ideas y opiniones que las y los participantes tienen sobre esta.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

90 minutos

Deconstruyendo mitos sobre la violencia sexual

1. Se entrega a cada participante una hoja con 15 afirmaciones frecuentes sobre violencia sexual y se explica que de manera individual cada una/olea cuidadosamente las afirmaciones y después de tomarse algunos minutos de reflexión individual deberá marcar su opinión sobre si la afirmación es verdadera o falsa.

Nº	AFIRMACIONES	VERDADERO	FALSO
	La violencia sexual contra adolescentes no es tan frecuente como creemos. Los medios de comunicación exageran.		
	Los hombres que abusan sexualmente de niños, niñas y adolescentes generalmente son enfermos mentales.		
	Cuando las mujeres dicen NO, realmente quieren decir SI.		
	Las violaciones se producen porque las “chicas se ponen como en escaparate”.		
	Si una chica acepta ir con su enamorado a un hotel para tener relaciones sexuales, y ella se arrepiente a último momento, es responsable de que su enamorado la force a tener relaciones.		
	Las víctimas de violencia sexual son siempre atractivas y llamativas en su forma de vestir.		
	Las adolescentes o jóvenes que ponen una denuncia días o meses después de haber sido violadas, probablemente están mintiendo.		
	Muchas chicas hacen denuncias falsas de haber sido violadas, porque salieron embarazadas.		
	Los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual.		
	El hombre que ha sido violado por otro hombre se convierte en homosexual o se comporta como si lo fuera.		
	Muchas de las historias de abuso sexual son producto de la imaginación de niñas, niños y adolescentes.		
	Los hombres que violan a otros hombres deben ser homosexuales.		
	El abuso sexual sin contacto no tiene consecuencias.		
	A los niños y a los adolescentes hombres les afecta menos el abuso sexual que a las niñas y a las adolescentes mujeres.		
	El abuso sexual ejercido por internet no tiene consecuencias tan graves como el abuso sexual con contacto físico.		

2. Una vez que terminaron con sus respuestas. En plenaria se pide opinión sobre cada afirmación, tratando de poner atención sobre la tendencia afirmativa o negativa de cada respuesta, facilitando la argumentación correspondiente, según el Anexo N° 1: afirmaciones – argumentación.
3. Para terminar esta sección se refuerzan aspectos clave sobre las causas y tipos de violencia, de acuerdo a las siguientes ideas fuerza.

Ideas fuerza:

- ♦ Como violencia sexual, se reconoce todo acto de índole sexual que es impuesta mediante la fuerza, la amenaza, la coacción o cualquier otro mecanismo que anule

o limite la voluntad personal de la mujer. Se incluyen en esta categoría los actos contra el pudor (tocamientos, hostigamiento sexual, exhibicionismo), y la violación sexual (introducción del pene por vía vaginal, anal, o bucal, o la introducción de dedos, lengua u objetos por vía vaginal o anal).

- ❖ Lo que se conoce como abuso sexual, no sólo significa violación sexual sino también tocamientos y otro tipo de interacciones que, aunque no incluyan contacto físico constituyen una interferencia en el desarrollo sexual del o la menor de 18 años. Suele ser perpetrado por personas cercanas a la víctima, inclusive familiares, por lo que sus consecuencias son de especial gravedad. El Estado protege al niño, niña y adolescente, y sanciona penalmente el acceso sexual por parte de terceros hacia él o la menor de 14 años, aun cuando exista un “consentimiento”.
- ❖ La violación sexual de mujeres es explicada por la feminista Rita Segatto, como resultado de las relaciones de poder que se instalan y perpetúan a través del patriarcado, es decir un sistema socio cultural en el que el “mandato de masculinidad” se construye y se refuerza a través de las expresiones de dominación y control de los hombres sobre la vida y el cuerpo de las mujeres. Por eso ella sostiene que la violación sexual no es un crimen sexual sino un crimen de poder y sometimiento sobre las mujeres.
- ❖ La violencia durante el enamoramiento también se da en el ámbito sexual y el tipo más frecuente de esta agresión es la llamada “violación por confianza” que sucede cuando las jóvenes o adolescentes son presionadas a tener actividad sexual por sus propios enamorados, aunque la mayoría de casos con un cierto consentimiento por parte de ellas; esto se exemplifica con la famosa idea de la “prueba del amor”, que constituye una de las principales formas de violencia que los jóvenes ejercen sobre sus parejas, quienes finalmente aceptan sostener relaciones sexuales aún en contra de sus deseos.
- ❖ Se espera que los hombres adolescentes insistan en querer tener sexo para demostrar su hombría/virilidad, mientras que las chicas deben resistirse y ceder sólo en el momento “correcto”. Las chicas experimentan violencia repetidamente, se involucran en actos sexuales no deseados y permanecen en relaciones que las disgustan por miedo. El cuestionamiento de las normas de género también puede exacerbar el riesgo de sufrir algún tipo de violencia.
- ❖ Pese al subregistro extendido existen numerosas evidencias de que es la adolescencia de las mujeres el periodo más vulnerable a las experiencias de violencia sexual (OMS, 2005).
- ❖ La iniciación sexual forzada, como la forma de violencia sexual más extendida y el embarazo como consecuencia de ellas, parecen ser vivencias cotidianas entre las adolescentes antes de los 15 años en muchas partes del mundo (24% en el Perú rural, 28% en Tanzania, 40% en Sudáfrica, etc.).
- ❖ Siendo una de las consecuencias de la violencia sexual el embarazo, considerado además como una forma de embarazo forzado. Algunos de los pocos estudios sobre el tema sugieren que “entre 50% y 60% de las adolescentes que quedan

embarazadas tienen antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente". (Mujica, Zevallos y Vizcarra, 2013).

- ❖ Cualquier tipo de violencia puede ocurrir dentro del ámbito familiar o fuera de esta. Es importante que las y los proveedores de salud tengan en cuenta que lo que se entiende como "familia" no siempre es un espacio seguro para las mujeres. Es necesario modificar la idea de que la preservación de la familia está por encima de la integridad y seguridad de cualquiera de sus miembros, particularmente de los más vulnerables, las niñas, niños y adolescentes. Esta idea de familia como institución "intocable" está detrás de los silencios y falta de denuncia de las situaciones de abuso que ocurren dentro de esta.
- ❖ Es importante reconocer también a la violencia por orientación sexual, en tanto se refiere a todo acto o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona por su orientación sexual. La violencia hacia la diversidad sexual tiene como expresión más grave a los homicidios y violaciones sexuales a los cuales se les denomina "crímenes de odio" o "violencia por prejuicio". Este tipo de violencia es quizás la experiencia más frecuente vivida por adolescentes en las escuelas, porque no se ajustan a los "modelos" de masculinidad que la sociedad impone o porque expresan una orientación sexual no heterosexual.

Reflexionando sobre las consecuencias de la violencia sexual

1. A partir de las ideas y reflexiones compartidas en la sección anterior se organizan tres grupos para una discusión sobre "¿Cómo vemos la violencia sexual en nuestros servicios?", entregando una hoja con las siguientes preguntas motivadoras:
 - ❖ ¿Qué experiencia tenemos sobre casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en nuestros servicios?
 - ❖ ¿Cuáles son los impactos o consecuencias más importantes de la violencia sexual y qué observamos en los servicios de salud?
 - ❖ ¿Cómo actúan las y los proveedoras/es de salud frente a los casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué?
2. Una vez que los grupos de trabajo terminaron, se pide que un miembro del grupo exponga las ideas de consenso o conclusiones. Luego la facilitadora, abre el espacio para la discusión y confrontación de ideas de manera amplia, y concluye apoyándose en las siguientes

Ideas fuerza.

- ❖ Sufrir violencia sexual durante la niñez y adolescencia es una de las experiencias más traumáticas, dolorosas e invalidantes que pueden vivir las personas.
- ❖ Las consecuencias para las y los adolescentes varían mucho en función de cómo haya sido el abuso, de quién lo haya cometido sobre ellos y, lo que es muy importante, del tiempo durante el que se haya estado cometiendo esa violencia sexual sobre ellos.
- ❖ Por lo general es difícil detectar que un o una adolescente está sufriendo este tipo de violencia. Pero sus consecuencias son terribles. Por eso ante cualquier duda

sobre la conducta de un adolescente habrá qué indagar qué le está pasando para descartar que esté siendo víctima de violencia sexual y evitar en todo momento la revictimización.

- ❖ Las consecuencias de la violencia sexual sobre un adolescente pueden ser múltiples y pueden afectar a todos los aspectos de su vida.
 - **Salud física:** Heridas y traumatismos, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, disfunciones sexuales en la vida adulta, etc.
 - **Salud mental:** Depresión, miedos, ansiedad, baja autoestima, trastornos de la alimentación, estrés pos traumático, ideas suicidas, adicciones, etc.
 - A esto se agrega que las adolescentes que vivieron una experiencia de abuso sexual tienden a tener en su vida sexual y reproductiva, comportamientos de riesgo como relaciones sexuales sin protección, abortos inseguros, etc.
 - En el Perú, el **76% de víctimas de violación sexual** está conformado por **menores de edad (Ministerio Público, 2018)**.
 - En el Perú, cada día 4 niñas menores de 15 años se convierten en madres. La mayoría fue víctima de violación sexual y, a pesar del impacto en su vida y su salud, tuvieron que continuar con un embarazo no deseado.
 - Según un informe de la Organización Mundial de Salud (OMS) publicado en el 2016, **Perú es el tercer país del mundo con mayor incidencia en delitos de violencia contra la mujer, detrás de Etiopía y Bangladés**.
 - Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público:
 - En el periodo 2013 - 2018, se ha registrado un total de 124 370 denuncias imputadas a mayores de edad por violación de la libertad sexual.
 - 83.4% de las víctimas fueron menores de edad
 - Cada hora, el Ministerio Público registra en promedio 3 denuncias por violación de la libertad sexual
 - El 59% de las violaciones sexuales ocurrieron en la vivienda del imputado, la víctima o de ambos
 - Sólo en el 2018, 4,641 denunciaron haber sido víctimas de violación sexual (PNP, 2018)
 - 34 de cada 100 adolescentes víctima de violación sexual resultaron embarazadas (MIMP, 2010)
 - En el 2019, las muertes maternas en menores de 19 años representaron el 11% del total de los casos (MINSA 2020).
 - Entre 2017 y 2018, los Centros de Emergencia Mujer atendieron 557 casos de niñas y adolescentes entre los 9 y 17 años que se encontraban embarazadas y fueron víctimas de violación sexual. El 47.6% de las víctimas tenía entre 13 y 14 años.
 - En el 2019, se registraron 1303 nacimientos de niñas menores de 15 años (MINSA)
 - El embarazo producto de violación sexual tiene impactos gravísimos en las niñas y adolescentes. A diferencia de lo que ocurre en las mujeres adultas, las niñas y adolescentes suelen ir tarde a los servicios de salud y enfrentan muchas más complicaciones físicas y emocionales, incluyendo la muerte.

- Las niñas entre 10 y 14 años tienen 4 veces más riesgo de morir durante el parto que una mujer adulta (SIS 2016).
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo (OMS 2020).
- ❖ Las y los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar, atender y derivar a las adolescentes y mujeres que viven con violencia o han sufrido violencia sexual. Las mujeres y a veces las adolescentes que sufren algún tipo de violencia a menudo recurren a los servicios de salud, aun cuando no revelen el episodio de violencia. Si bien las mujeres tienden más que los hombres a buscar servicios de salud durante su vida, los estudios muestran que las mujeres víctimas de maltrato buscan aún más los servicios para dolencias relacionadas con el maltrato sufrido. (García-Moreno, 2002).
- ❖ Es verdad que muchas veces las y los proveedoras/es de salud tienen muchos temores, dudas y a veces inseguridades sobre sus competencias en relación a la detección y atención de la violencia sexual o no se sienten capacitadas/os, sin embargo, es necesario recordar que siendo la violencia hacia la mujer y la violencia de género un asunto de salud pública, es necesario implementar procesos y protocolos de capacitación y atención para mejorar la respuesta de los servicios de salud a la violencia.

IV. APlicando lo aprendido

30 minutos

1. En esta sección se explica que las y los participantes volverán a sus respectivos grupos y que ahora aplicarán lo aprendido y para ello cada grupo planteará acciones o actividades que les permita enfrentar la violencia sexual desde sus servicios de salud. Cada grupo en plenaria sustentará su propuesta.
2. Se felicita a todas/os por la forma en que empiezan a aplicar lo aprendido para mejorar la respuesta de sus servicios de salud frente a la violencia de género y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y DEFINIENDO COMPROMISOS

15 minutos

1. Se entrega a cada participante una tarjeta, se solicita que escriban una idea nueva que hayan aprendido sobre la violencia sexual contra adolescentes sus causas y/o consecuencias y luego lo peguen en la pared.
2. Para finalizar se entrega una tarjeta a cada participante, y se solicita escriban un compromiso personal para la prevención o atención de la violencia sexual contra los niños, niñas o adolescentes. Después de unos minutos de reflexión se consulta sobre quienes voluntariamente quisieran compartir ese compromiso con el resto del grupo.

VI. LECTURA DE APOYO

Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en salud de las maternidades forzadas en niñas entre 9 y 14 años. Planned Parenthood Global.

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Vidas%20Robadas.%20Estudio%20Multipa%C3%ADs%20sobre%20Maternidades%20Forzadas_0.pdf

ANEXO N° 1

AFIRMACIONES	ARGUMENTACIÓN
La violencia sexual contra adolescentes no es tan frecuente como creemos, los medios de comunicación exageran.	Cada año se denuncian aproximadamente 17,000 denuncias de violencia sexual, 73% de estos casos son contra niños, niñas y adolescentes.
Los hombres que abusan sexualmente de niños, niñas y adolescentes generalmente son enfermos mentales.	La mayoría de abusadores son hombres mentalmente sanos.
Cuando las mujeres dicen NO, realmente quieren decir SI.	Se trata de una justificación muy usada por los agresores para poner en tela de juicio el consentimiento sexual de las mujeres.
Las violaciones se producen porque las “chicas se ponen como en escaparate”.	Ninguna conducta ni comportamiento de las niñas o adolescentes justifica la violencia sexual.
Si una chica acepta ir con su enamorado a un hotel para tener relaciones sexuales, y ella se arrepiente a último momento, es responsable de que su enamorado la force a tener relaciones.	Las mujeres tienen el derecho a decidir dar o no su consentimiento para una relación sexual en cualquier momento. La responsabilidad de una agresión sexual es siempre del agresor.
Las víctimas de violencia sexual son siempre atractivas y llamativas en su forma de vestir.	Cualquier mujer, niña o adolescente puede ser víctima de violencia sexual. La violación no es un crimen por deseo sexual sino un crimen de poder y sometimiento.
Las adolescentes o jóvenes que ponen una denuncia días o meses después de haber sido violadas, probablemente no fueron violadas.	Las víctimas de violencia sexual suelen vivir procesos de confusión, vergüenza y culpa por lo vivido, es frecuente que hagan la denuncia cuando se sientan apoyadas o seguras de hacerlo.
Muchas chicas hacen denuncias falsas de haber sido violadas, porque salieron embarazadas.	No existen evidencias sobre denuncias falsas de violencia sexual. Por lo general el proceso de denuncia y acceso a la justicia para las mujeres que sufrieron una violación es tan largo y lleno de re-victimización que ninguna elegiría este camino sin haberla sufrido.
Los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual.	De hecho, un aproximado de 10% de denuncias de violencia sexual tienen a los hombres como víctimas. En menores de 12 años, inclusive la cifra es igual entre hombres y mujeres.
El hombre que ha sido violado por otro hombre es homosexual o se comporta como si lo fuera.	La orientación sexual de los hombres se construye como parte de su desarrollo sexual, una violación sexual no determina su orientación sexual.
Muchas de las historias de abuso sexual son producto de la imaginación de niñas, niños y adolescentes.	Las niñas, niños y adolescentes no fantasean con el abuso sexual, cuando ellas/os hablan de ello, generalmente está relacionada con una situación vivida u observada.
Los hombres que violan a otros hombres deben ser homosexuales.	Los hombres agresores violan para ejercer poder y someter al otro, independiente de su orientación sexual.
El abuso sexual sin contacto no tiene consecuencias.	El abuso sexual sin contacto físico como exhibicionismo, obligar a ver pornografía, lenguaje obsceno, etc. Tiene iguales consecuencias.
A los niños y a los adolescentes hombres les afecta menos el abuso sexual que a las niñas y a las adolescentes mujeres.	Los niños y adolescentes hombres se ven igualmente afectados por situaciones de abuso sexual que las mujeres.
El abuso sexual a través del internet tiene consecuencias tan graves como el abuso sexual con contacto físico.	Es correcto, el impacto en el sentimiento de seguridad e integridad de quien la vive son los mismos.

SESIÓN 3.

RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ♦ Reflexionado sobre el rol de los servicios de salud en la respuesta a la detección y atención de la violencia de género y violencia sexual durante la adolescencia.
- ♦ Mejorado sus habilidades y competencias para la detección, evaluación de riesgo y atención de la violencia de género y violencia sexual durante la adolescencia.

Duración: 3 horas.

Recursos:

- ♦ Hojas bond.
- ♦ Papelotes.
- ♦ Plumones.
- ♦ Tarjetas de colores.
- ♦ Maskingtape.
- ♦ 03 cajas chicas de cartón.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

5 minutos

La/el facilitador/a saluda y hace una cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas/os por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Se explica brevemente los objetivos y temáticas a tratar en esta sesión.

II. RECOGRIENDO SABERES

45 minutos

1. Se explica a las y los participantes que se va a trabajar en tres grupos, con la finalidad de compartir experiencias sobre ¿Cómo reconocer la violencia de género y la violencia sexual en los servicios de salud y cómo respondemos a ella?. Las preguntas motivadoras serán:
 - ♦ ¿Cómo reconocemos que una mujer adolescente o adulta vive una situación de violencia?
 - ♦ ¿Qué preguntas hacemos? ¿Qué observamos? ¿En caso de violencia física o psicológica? ¿En caso de violencia sexual?
 - ♦ ¿Qué hacemos cuando identificamos un caso de violencia física, psicológica o sexual?
2. Se invita a una persona a exponer las reflexiones de su grupo y se toma nota de las coincidencias y experiencias comunes entre las participantes y se señala que en las siguientes secciones profundizaremos sobre cómo reconocer la violencia contra las mujeres y adolescentes en los servicios de salud y las tareas u obligaciones prioritarias para atenderla.

Reflexionamos sobre como reconocer la violencia de género y la violencia sexual en los servicios de salud

1. Se pegan tres papelotes en la pizarra, cada uno con las siguientes frases: “Preguntar”, “Observar”, “Tener en mente que la violencia de género existe” y se pide que cada participante ponga su “voto” en el papelote que señale la tarea más importante a tener en cuenta para reconocer la violencia de género y la violencia sexual en los servicios de salud. Recordar que sólo se podrá emitir un voto.
2. Luego de contar los votos, se comenta que en realidad la violencia de género constituye además de un asunto de derechos humanos un problema de salud pública y por eso es necesario reconocerla y atenderla en los servicios públicos de salud e incluirla en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Reforzamos estas reflexiones con las ideas fuerza:

Ideas fuerza:

- ❖ Es importante que las y los proveedores de servicios de salud sean conscientes de que los problemas de salud o motivos de consulta de las mujeres pueden deberse a la violencia o pueden estar agravados por la violencia. Es necesario tener en cuenta que la mujer puede estar sufriendo violencia física, psicológica y/o sexual en la actualidad, o puede haberla sufrido recientemente o en el pasado.
- ❖ Las mujeres que sufren violencia suelen acudir a los servicios de salud por problemas relacionados con esta, tanto emocionales como físicos, incluidas las lesiones. Sin embargo, es habitual que las mujeres no hablen sobre la violencia, ya sea por vergüenza, por miedo a ser juzgadas o por temor a su agresor. Las y los proveedores de salud pueden sospechar que una mujer ha sufrido violencia si presenta cualquiera de las siguientes características:
 - Problemas actuales o recurrentes de salud emocional o psicológica, como estrés, ansiedad o depresión.
 - Comportamientos perjudiciales como el consumo excesivo de alcohol o el consumo de drogas.
 - Pensamientos, planes o actos de autolesión o intentos de suicidio.
 - Lesiones físicas recurrentes que no tengan explicación clara.
 - Infecciones recurrentes de transmisión sexual.
 - Embarazos no deseados.
 - Dolores o trastornos crónicos sin explicación (dolores pélvicos o problemas del sistema reproductivo, trastornos gastrointestinales, infecciones de las vías urinarias, dolores de cabeza, etc.).
 - Consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro.
- ❖ Por lo general en los servicios de salud, usted no encontrará la violencia sino pregunta por ella o sino la busca y esto tiene que ver con las múltiples razones por las que las mujeres hacen silencio sobre esta situación, por vergüenza, por temor, por sentimiento de culpa, para no ponerse en mayor riesgo, por el tipo de relación

- con su agresor (en muchos casos es miembro de la familia o círculo cercano).
- ❖ Existen algunas estrategias o preguntas clave que las y los proveedoras/es pueden poner en práctica para indagar sobre la violencia de género, como:
 - Hable de situaciones de violencia sucedidas a terceras personas, observe y pida comentarios.
 - Puede decirle que la violencia y las agresiones, desafortunadamente, son muy frecuentes en la vida de las mujeres y que por esta razón se hacen algunas preguntas a todas las usuarias del servicio.
 - Una vez culminada la evaluación y el tratamiento del caso de consulta, puede preguntar a continuación:
 - a) ¿Se sintió alguna vez maltratada emocional o psicológicamente por su compañero u otra persona importante para usted; por ejemplo, recibió insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos importantes para usted, amenazas, aislamiento, maldiciones, ridiculización? Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue el agresor, desde cuando la ofende y cuando ha sido la última vez.
 - b) ¿Ha sido agredida físicamente alguna vez por su compañero o alguien cercano a usted, por ejemplo: empujones, golpes, puñetazos, cachetadas o fue golpeada con algún objeto, ¿ha recibido quemaduras o amenazas con arma? Si la respuesta es positiva, preguntar por el agresor, desde cuándo la maltrata y cuándo ha sido la última vez.
 - c) ¿Se ha sentido alguna vez forzada a tener contacto o relaciones sexuales? Si la respuesta es positiva, pregunte por el agresor, desde cuándo la violenta y cuándo ha sido la última vez.
 - ❖ Es importante recordar las dificultades en la detección por parte de los y las profesionales de la violencia de género en la pareja, especialmente en parejas adolescentes y jóvenes, debido a que los comportamientos iniciales con los que la pareja de la chica la va dominando no suelen ser comportamientos agresivos sino la violencia se va instaurando sutilmente con comportamientos que favorecen la desigualdad, el dominio y el abuso. Estos comportamientos son más difíciles de detectar: estrategias de aislamiento y control de ideas, desvalorizaciones y chantajes emocionales. Pero es importante estar atentas/os a algunos indicadores de violencia de género:
 - Se muestra más reservada o se comporta de una forma diferente cuando él se encuentra presente. Está excesivamente atenta a sus deseos, opiniones y comportamientos. Trata de agradarle y/o complacerle, de una forma que parece poco natural en ella.
 - Se refiere a sí misma en ocasiones como una persona loca, rara, inútil, torpe, agresiva (persona difícil, en resumen).
 - Se siente culpable y responsable de los problemas de la relación.
 - Se compara desfavorablemente con otras chicas.
 - Se llama a sí misma con apodos despectivos o ridículos.
 - Reconoce que alguna vez la ha empujado, escupido, pellizcado, golpeado, tirado

del pelo, abandonado en algún sitio, pero ella lo vive como algo puntual, dentro del contexto de una pelea de pareja, o siente que ella fue la responsable de que él se pusiera así de nervioso y perdiera el control.

- Usa métodos anticonceptivos de forma irregular.
- Expresa que los chicos y las chicas tienen necesidades sexuales muy diferentes, que es normal que su pareja “siempre tenga ganas” y ella no, pero que mantiene relaciones sexuales, aunque no lo deseé porque lo quiere, o porque piensa que él la puede dejar por otra chica.
- Solicitud la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) justificando que se les ha roto el preservativo, toma medidas anticonceptivas de forma poco controlada y plantea que ella es un poco exagerada preocupándose, aunque él le asegura que controla la eyaculación cuando practican sexo sin usar métodos anticonceptivos.
- Padece infecciones genitales de forma repetida, asociado a que él se niega a usar el condón.

Preparándose para mejorar la respuesta de los servicios de salud frente a la violencia de género.

1. Para trabajar esta parte se menciona que cada grupo (los mismos que trabajaron la sección anterior) tendrá una caja y cada participante una tarjeta, de modo que cada una/o escribirá una tarea o acción que le parezca prioritaria a realizar de parte de las y los proveedores de salud cuando identifica una situación de violencia física, psicológica o sexual en usuarias mujeres y/o adolescentes.
2. Luego se recoge las cajas y se leen y agrupan rápidamente las acciones comunes y más mencionadas en relación a una respuesta de los servicios de salud frente a la violencia de género.
3. Se menciona que es muy importante que las y los proveedores de salud se preparen para responder a la violencia de género y la violencia sexual desde una perspectiva de derechos humanos y de género. Es decir que por un lado se reconoce que la violencia afecta la dignidad de las personas, quien por su sola condición de ser humano es titular de derechos, siendo el centro de las diversas esferas de acción del Estado y por otro que el origen de la violencia de género es resultado de la existencia de relaciones asimétricas entre hombres y mujeres construidas en base a las diferencias sexuales. Se profundiza esta parte con lo siguiente:

Ideas fuerza:

El enfoque de género se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, parte del reconocimiento de la existencia de relaciones asimétricas entre hombres y mujeres construidas en base a las diferencias sexuales y que son el origen de la violencia hacia las mujeres.

- ❖ ¿Qué pueden hacer las/os proveedores de salud?
 - Pregunte, indague, considere la violencia de género como parte integral de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes.
 - La violencia basada en género y la violencia sexual, sí es un área de intervención y atención de las y los proveedores de salud.

- Céntrese y concéntrese en las necesidades de la víctima.
- ❖ Además:
 - Reconozca la violencia, como una situación injusta.
 - Crea en las experiencias de la usuaria, no la juzgue.
 - Promueva el acceso a los servicios especializados.
 - Ayúdale a planear su seguridad futura.
 - Respete su autonomía.
 - Respete el carácter confidencial de la información.
- ❖ De acuerdo con la Guía nacional de atención integral de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud (MINSA, 2004), se considera necesario que se detecte la violencia basada en género en todas las usuarias de los servicios de salud reproductiva y se debe aplicar las medidas consideradas en el Protocolo de violencia contra la mujer. Este protocolo incluye además de las pautas para un adecuado examen físico en los casos de violencia sexual, además de los exámenes de laboratorio, la administración de anticoncepción oral de emergencia, protección con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y profilaxis para el VIH/Sida.
- ❖ La Ley N° 30364, señala que la violencia contra las niñas, niños y adolescentes es cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar.

Incluye:

- Cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes.
- Padrastros, madrastras, ascendientes y descendientes.
- Los parientes colaterales de los cónyuges y convivientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- A quienes, sin tener cualquiera de las condiciones antes señaladas, habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales.
- A quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia.

Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad. Los principales responsables de su protección son los padres y madres, la sociedad y el Estado.

Esta Ley, establece también que no sólo la víctima puede efectuar la denuncia por violencia; también lo puede realizar cualquier otra persona en su favor, así tenemos: niñas, niños y adolescentes, profesionales de educación, profesional de la salud y Defensoría del Pueblo.

- ❖ Señala las siguientes competencias para las/los profesionales de salud:
 - Los certificados de salud física y mental que expidan los médicos de los establecimientos públicos de salud de los diferentes sectores e instituciones del Estado y niveles de gobierno, tienen valor probatorio acerca del estado de salud física y mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

- En el sector público, la expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, así como los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos son gratuitos.
- Para efectos de la presente Ley no resulta necesaria la realización de la audiencia especial de ratificación pericial; por lo que no se requiere la presencia de los profesionales para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio.
- ◆ En la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género (MINSA, 2007), se establecen los procedimientos básicos para la atención integral de la persona en materia de VBG (Violencia Basada en Género) en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. En este documento se señala que, en los centros de salud y los hospitales, la responsabilidad del proceso de identificación, atención, registro, referencia y seguimiento en materia de VBG recae en el personal de los servicios de psicología, psiquiatría o sus similares de salud mental o de ginecología, obstetricia o similares de salud sexual y reproductiva y al personal capacitado en procesos de consejería en VBG. Esta misma guía contiene una Ficha de Tamizaje de VBG y un cuestionario que el personal de salud debe aplicar (Revisar Ficha y cuestionario en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf)
- ◆ La Directiva Sanitaria N°083, de marzo del 2019, está dirigida a garantizar que todos los establecimientos de salud a nivel nacional dispongan y usen los kits para la atención de los casos de violencia contra la mujer - violencia sexual. (Revisar Directiva en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297541/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_227-2019-MINSA.PDF)
- ◆ Es importante considerar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que los servicios de salud ofrezcan el “Apoyo de primera línea” en casos de agresión sexual y violencia contra la mujer, la misma que puede proveer atención práctica y responder a las necesidades de la mujer, tanto emocionales y físicas como de seguridad y apoyo, sin invadir su privacidad.
- ◆ El apoyo de primera línea comprende cinco (5) tareas sencillas. Responde al mismo tiempo tanto a las necesidades emocionales como a las necesidades prácticas. Las letras de la palabra “ANIMA” pueden ayudar a recordar las cinco tareas que protegen la vida de las mujeres. Estas tareas se resumen en la siguiente tabla:

A ttención al escuchar	Escuché atentamente a la mujer con empatía
N o juzgar y validar	Demuestre a la mujer que la comprende, que le cree y que no la juzga. Asegúrele que ella no tiene la culpa de lo sucedido.
I nformarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evalúe y responda a las diversas necesidades y preocupaciones que la mujer tenga: emocionales, físicas, sociales y práctica (p. ej., el cuidado de los hijos).
M ejorar la seguridad	Analice con ella un plan para que la mujer se pueda proteger a sí misma a partir de ese momento, en caso de que los episodios de violencia se repitan.
A poyar	Apoye a la mujer para que reciba información y los servicios y el respaldo social que necesita.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

- ❖ Es importante reconocer que, en la mayoría de los casos de violación sexual de niñas y adolescentes, hay como resultado un embarazo forzado. Es decir, embarazos que complejizan aún más los impactos físicos y psicológicos de la violencia sexual con riesgos y posibles daños graves o permanentes a la salud de aquellas menores de 14 años. Esto implica que el Estado y los servicios de salud hagan los esfuerzos necesarios para que las niñas y adolescentes en esta situación accedan oportunamente al aborto terapéutico, que es legal desde 1924 y que tiene una Guía técnica nacional vigente desde el 2014.
- ❖ Además es imprescindible que el personal de salud revise e implemente en sus establecimientos y localidades lo señalado por el “Protocolo de Actuación Conjunta en los CEM-Centros de Emergencia Mujer y los Establecimientos de Salud para la atención a las víctimas de violencia” (Revisar en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20CEM%20EESS%20FINAL%2030.08.2019.pdf>)

IV. APLICANDO LO APRENDIDO

25 minutos

1. Se explica a las y los participantes que han sido invitadas/os por la Red de servicios de su jurisdicción para sensibilizar a otras/os profesionales de la salud y para involucrarse en la prevención y atención de la violencia hacia las adolescentes, deben preparar una charla de cinco (5) minutos. Para ello trabajarán en grupos de cinco (5).
2. Por sorteo se pedirá que uno de los grupos o su representante nos comparta su trabajo, desarrollando la charla preparada.
3. Concluida la presentación si considera oportuno se puede brindar las ideas fuerza.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y DEFINIENDO COMPROMISOS

15 minutos

En esta sección, se entrega una hoja y les pedimos a cada participante que a manera de evaluación y señalando también compromisos personales para la identificación y respuesta frente a la violencia de género y la violencia sexual, escriban cinco (5) medidas, tareas o acciones que consideren prioritarias a poner en práctica en sus servicios a partir de esta sesión.

Se pregunta si algunas participantes desean voluntariamente leer sus compromisos.

VI. LECTURAS DE APOYO

El concepto de indemnidad sexual.

Se entiende por indemnidad sexual al derecho del niño, niña o adolescente a desarrollar su sexualidad en forma natural sin interferencia de hechos que por su naturaleza anormal o desviada tengan la capacidad real o potencial para pervertir, corromper o impedir dicho desarrollo. (Tobar Sala, 1999).

El desarrollo de la sexualidad humana es un proceso gradual y progresivo. La sexualidad es una dimensión humana que comprende aspectos biológicos, emocionales, sociales y culturales que se expresan integralmente y se afectan de la misma manera en presencia del abuso sexual.

En el caso de los niños y niñas no sólo sus órganos sexuales no están listos para las relaciones sexuales adultas, sino también toda su psicología no está preparada para procesar de manera saludable la intensidad de emociones y sensaciones que acompañan a las interacciones sexuales correspondientes a la etapa adulta.

Si bien en los adolescentes y las adolescentes los órganos sexuales externos están desarrollados, a nivel interno sus órganos y funciones todavía están en proceso de maduración. Igualmente, a nivel psicológico, se encuentran en proceso de desarrollo las habilidades necesarias para procesar adecuadamente todos los aspectos que se vinculan a la vivencia de la sexualidad adulta: la intensidad de las emociones, la modulación de los impulsos, la relación afectiva, el compromiso, la reproducción etc.

A nivel legal se plantea que cuando se alcanza la madurez sexual, se logra lo que se denomina “libertad sexual”, atributo que se otorga a las personas adultas como sujetos que pueden ejercer este derecho de manera consciente, libre y responsable. El niño, la niña o adolescente al estar en proceso de desarrollo de su sexualidad, posee INDEMNIDAD SEXUAL hasta cumplir los 14 años⁴, es decir que su sexualidad está protegida de interferencias externas. Esta figura legal busca proteger el adecuado desarrollo biopsicosocial de niños, niñas y adolescentes, el cual se ve afectado cuando les someten a actividades y situaciones de naturaleza sexual para las que aún no se encuentran preparados o preparadas. En tal sentido, ninguna persona adulta puede ni debe interferir en el proceso de maduración de la sexualidad de los niños, las niñas y adolescentes; ya que este desarrollo sexual debe seguir su proceso evolutivo en interacción con los cambios del propio cuerpo y las relaciones con el entorno. La relación abusiva implica anular la identidad del otro, porque el abusador impone su voluntad y sus necesidades sobre la víctima, con graves consecuencias psicológicas.

⁴ La edad límite del reconocimiento de la indemnidad sexual ha sufrido cambios en los últimos 07 años, debido a modificaciones legislativas del Código Penal Peruano, en el siguiente sentido:

- En el año 2006 por la Ley N° 28704 (2006), se modificó el Artículo 173º, numeral 3, del Código Penal, en el sentido de sancionar con pena privativa de libertad de 25 a 30 años al que haya tenido “acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal [u] otros actos análogos” con un/una adolescente entre 14 y 18 años, con lo cual el concepto de “indemnidad sexual” se extendía hasta los 18 años.
- El 24 de enero de 2013, se publicó la sentencia recaída en el Exp. N° 0008-2012-AI/TC, que declara fundada la demanda de inconstitucionalidad de esta Ley y reconoce que los y las adolescentes son titulares del derecho a la libertad sexual, manifestación del derecho al libre desarrollo de la personalidad. En consiguiente: las relaciones sexuales consentidas con adolescentes de 14 a 18 años no son delito, ni infracción a la ley penal.

Todo abuso sexual es una interferencia a este proceso. La indemnidad sexual implica que, en este tipo de situaciones, el consentimiento a las actividades sexuales por parte del niño, niña o adolescente (varón o mujer), no tiene ninguna relevancia jurídica.

El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de edad, siempre y cuando medie una situación de abuso de poder por razón de edad, sexo, clase social, coerción, amenazas entre otros. Se le llama “abuso” precisamente porque existe una relación desigual entre quienes participan de esta interacción, estando la persona abusadora, en una posición de autoridad y poder que se utiliza para someter al niño, niña o adolescente a las actividades sexuales. Es un abuso de la confianza y un aprovechamiento de la vulnerabilidad e inexperiencia del o la menor de edad para realizar acciones que se dirigen a la satisfacción de la persona abusadora. Muchas de las violaciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes se cometen dentro del hogar y por parte de quienes tienen la responsabilidad de protegerlos. Generalmente se asocia el abuso sexual únicamente con la violación sexual, esto no es correcto ya que existen muchas modalidades de abuso sexual. Se pueden clasificar en abusos con contacto físico y sin contacto físico.

No solo la penetración o violación sexual es abuso sexual. Abuso sexual es cualquier acción con o sin contacto físico, que ejecuta una persona mayor con una menor de edad, con la finalidad de obtener gratificación sexual.

Es importante considerar, con fines de la aplicación de la legislación en relación al abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes las modificaciones implicadas en algunos artículos del Código Penal en virtud de la Ley N° 30076 aprobada el 25 de julio del 2013 por el Congreso Peruano.

Violación sexual (Artículo 170° del Código Penal).

El que, con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de ocho años.

La pena será no menor de doce ni mayor de dieciocho años e inhabilitación conforme corresponda:

1. Si la violación se realiza a mano armada.
2. Si para la ejecución del delito se ha prevalido de cualquier posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima, o de una relación de parentesco por ser ascendente, cónyuge, conviviente de este, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción o afines de la víctima, de una relación proveniente de un contrato de locación de servicios, de una relación laboral o si la víctima le presta servicios como trabajador del hogar.
3. Si fuere cometido por personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Serenazgo, Policía Municipal o vigilancia privada, en ejercicio de su función pública.
4. Si el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave.

5. Si el autor es docente o auxiliar de educación del centro educativo donde estudia la víctima.
6. Si la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad.

La violación sexual de menor de edad (Artículo 173º del Código Penal).

El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías con un menor de edad será reprimido con las siguientes penas privativas de la libertad:

1. Si la víctima tiene menos de diez años de edad, la pena será de cadena perpetua.
2. Si la víctima tiene entre diez años de edad y menos de catorce, la pena será no menor de treinta años, ni mayor de treinta y cinco.

En el caso del numeral 2, la pena será de cadena perpetua, si el agente tiene cualquier posición, cargo o vínculo familiar que le dé particular autoridad sobre la víctima o le impulse a depositar en él su confianza.

Como todas las expresiones de violencia en las relaciones humanas, el abuso sexual es un fenómeno complejo cuya ocurrencia obedece a una serie de aspectos que interaccionan entre sí y corresponden a los diversos niveles del desenvolvimiento humano establecidos en el modelo ecológico:

- Personal.
- Familiar.
- Comunitario.
- Social.

Si bien cualquier niño, niña o adolescente varón o mujer puede ser víctima de abuso sexual, la probabilidad es más alta cuando en las dimensiones señaladas, existen factores de riesgo que sobrepasan a los factores protectores.

Las consecuencias del abuso sexual dejan huellas imborrables en la vida de las víctimas, algunas de las cuales dependerá de su edad, duración del abuso, el uso de fuerza física, la identidad del agresor entre otras. Estas huellas afectarán diferentes dimensiones de la vida de las personas que lo sufren (emocional, conductual, cognoscitiva). Además, el abuso sexual intrafamiliar, destruye la familia como espacio de seguridad y protección. Los niños, niñas y adolescentes ya no confían en sus padres ni familiares, y en estas condiciones es frecuente que el grupo de amigos o la pandilla se conviertan en el lugar de seguridad y protección para ellos y ellas. Este conjunto de problemas que en primer lugar implica el sufrimiento de la víctima, genera grandes costos al país en la salud y rehabilitación.

RUTA DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

DÓNDE ACUDIR:

Una mujer que vive estas situaciones de violencia física, psicológica o sexual, puede acudir a buscar ayuda a:

- Policía Nacional del Perú
- Centros Emergencia Mujer (CEM).
- LÍNEA 100.
- CHAT 100.
- Juez de Paz.
- Defensorías Municipales del Niño y Adolescente (DEMUNA).
- Defensa Pública y Acceso a Justicia – Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Defensoría del Pueblo.
- Cualquier otra institución que trabaja el tema.

DÓNDE DENUNCIAR		
Juez de Paz	Comisaría cercana donde ocurrieron los hechos.	Ministerio Público: Fiscalía de familia o Fiscalía Penal.
Recibe las denuncias e investiga. Deriva a la Fiscalía.	<ul style="list-style-type: none">- Recibe y registra todas las denuncias. Es importante acudir con DNI.- En caso de violencia sexual deriva a un médico legista (para evaluación médica y Psicológica) y a un establecimiento de salud (para la atención de daños físicos, descarte de ITS- VIH, administra retrovirales y anticoncepción oral de emergencia AOE- para prevenir embarazo no deseado).- Remite un informe de la investigación a la Fiscalía Mixta, fiscalía de Familia.	<ul style="list-style-type: none">- Fiscalía de familia: atiende los casos de violencia familiar.- Recibe las denuncias. Ordena las medidas de protección a la mujer.- Determina la gravedad de las lesiones (se considera delito cuando el certificado médico legal determina que las lesiones producen más de 10 días de incapacidad).- Envía la demanda al juez de familia. Fiscalía de penal: atiende los casos de violencia sexual.- Recibe las denuncias. Ordena las medidas de protección a la mujer.- Deriva a Medicina Legal para que la víctima se realice el examen de integridad.- Investiga y tiene pruebas del acto de violación- Hace la denuncia ante el Juzgado Penal.

MÓDULO III: SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

I. OBJETIVO:

Socializar con las y los participantes la normatividad vigente y los enfoques para implementar o mejorar servicios amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

II. COMPETENCIAS BÁSICAS:

- ❖ Examina la normativa vigente para organizar servicios integrales, amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- ❖ Aplica recomendaciones y enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para organización de estos servicios.
- ❖ Se propone planes e indicadores de mejora de estos servicios en el corto y mediano plazo.

SESIÓN 1.

NORMATIVIDAD BÁSICA PARA ORGANIZAR SERVICIOS AMIGABLES, INTEGRALES Y DE CALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante:

- ❖ Conoce y reconoce el marco normativo internacional y nacional que respalda la atención diferenciada en salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes.
- ❖ Comprende la importancia de la aplicación de la normatividad vigente como elemento importante para mejorar la calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva que se oferta a las y los adolescentes.

Tiempo: 3 horas.

Recursos:

- ❖ Laptop.
- ❖ Parlantes.
- ❖ Música sonidos de la naturaleza.
- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Cinta maskingtape.
- ❖ Plumones gruesos de diferentes colores.
- ❖ Tarjetas de cartulina de diferentes colores.
- ❖ Cuatro (4) pañuelos de 50 cm x 20 cm de diferentes colores.
- ❖ Solapines con nombres de participantes.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

15 minutos

El/la facilitadora saluda y brinda cálida bienvenida al módulo III a las/los participantes, felicitándolas/os por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación. Asimismo, da a conocer los objetivos del presente módulo, la metodología y temas a tratarse.

Se realiza una dinámica motivacional para dar inicio a la sesión; para ello se colocará de fondo una música con sonidos de la naturaleza y se pedirá a las/los participantes que se ubiquen en círculo y elijan una pareja y se abracen, cuando la facilitadora emite una palmada (a los 30 segundos) cambiaran de pareja y así sucesivamente hasta abrazarse entre todos/as. Se culminará resaltando de la importancia de iniciar la sesión con mucha energía, la cual recibimos y entregamos a través de un abrazo.

II. RECOGIENDO SABERES

30 minutos

1. El/la facilitadora a través de una lluvia de ideas recogerá información en papelógrafos sobre las siguientes preguntas:
 - ❖ ¿Por qué consideran importante la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes?
 - ❖ ¿Qué características o componentes consideran ustedes “imprescindibles” para implementar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para adolescentes?

2. El/la facilitadora recoge las respuestas, y agrupa las razones o argumentos para la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Del mismo modo sintetiza lo que el grupo considera como características imprescindibles para la organización de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Se menciona que se profundizará sobre estos aspectos a lo largo de este módulo.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

90 minutos

Reflexionando sobre el marco internacional y nacional sobre salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

1. Se formarán grupos a través de la dinámica “Escogiendo mi grupo a ciegas”. La facilitadora forma un círculo con participantes, quienes deberán mirar hacia afuera del círculo. Convoca a cuatro (4) voluntarias/as para que pasen al centro y con los ojos vendados escogerán a sus compañeras/os de grupo a la voz de “Te encontré” hasta completar cinco (5) integrantes. Y luego, se entregará dos tarjetas con preguntas motivadoras a cada grupo, para trabajarla durante 15 minutos:
 - ❖ ¿Qué normas internacionales o nacionales conocen, que respalde o recomiendan la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes?
 - ❖ Elaborar un cuadro comparativo entre las “dificultades” y “oportunidades” que tienen las y los proveedores de salud para implementar los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para adolescentes.
2. Cada grupo expondrá en plenaria lo trabajado. El/la facilitadora concluye apoyándose en lo siguiente:

Ideas fuerza:

- ❖ Conocer los compromisos internacionales, así como la normatividad nacional que respalda la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es muy importante. Algunos de estos compromisos y normatividad son:
 - Conferencia internacional sobre la población y desarrollo (El Cairo, 1994): Señaló que existen crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes y que esta debería basarse en información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable.
 - Objetivos de desarrollo sostenible – ODS, (2016): Se espera que para el 2030 cada Estado pueda “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”. Esto también involucra que las y los adolescentes reciban servicios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y la dotación de métodos anticonceptivos.
 - Convención sobre los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas – ONU). Recomendaciones al Estado Peruano en el 2016: Garantizar la disponibilidad para todos los adolescentes de servicios e información confidenciales sobre la

salud reproductiva y la correspondiente asistencia psicológica y el acceso efectivo de los adolescentes a tales servicios e información, así como a formas modernas de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos gratuitos de emergencia.

- Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2012 – 2021: Declara que evitar la maternidad temprana es una prioridad nacional para los próximos años. Considera como una de sus estrategias: desde el Ministerio de Salud, el acceso a información y métodos anticonceptivos oportunamente, así como la capacitación de las y los adolescentes para que puedan ejercer una actividad sexual responsable, prioricen su educación y posterguen la maternidad/ paternidad hasta la edad adulta.
- Plan multisectorial para la prevención de embarazo adolescente 2013 – 2021: Reducir en 20% la prevalencia de embarazo adolescente. Meta del Objetivo Estratégico 4, “Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales.
- Documento Técnico “Orientaciones para la atención integral de salud en la etapa de vida joven” del MINSA (Ministerio de Salud): Tiene como objetivo establecer procedimientos estándar, orientaciones técnicas a los profesionales de la salud para la atención integral de hombres y mujeres, jóvenes de 18 a 29 años de edad.
- Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes del MINSA N° 157, establece los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de salud de adolescentes que viven en el Perú, cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años 11 meses y 29 días.
- Norma técnica de planificación familiar del MINSA (2016): Señala que no existe edad mínima para el uso de métodos anticonceptivos. “La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento”.

Aplicando la normatividad nacional para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes.

1. El/la facilitadora conformará cuatro (4) grupos, designando colores a cada participante, quienes se juntarán para realizar una discusión grupal sobre las siguientes afirmaciones:
 - ◆ Las/os adolescentes son capaces de decidir cuándo iniciar sus relaciones sexuales.
 - ◆ Las/os adolescentes no son capaces de decidir cuándo iniciar sus relaciones sexuales.
 - ◆ Las/os proveedores de salud deben darle el MAC (Método Anticonceptivo) a las y los adolescentes.
 - ◆ Las/os proveedores de salud deben darle el MAC a las y los adolescentes sólo en algunos casos y bajo ciertas condiciones.

2. Se explica que en cada grupo se debe considerar los argumentos a favor y en contra de cada premisa y que un/a relatora presentará un resumen de esta discusión. En plenaria y después de las presentaciones, abrimos un debate colectivo sobre argumentos a favor y en contra de cada premisa, problematizando y confrontando las respuestas y argumentos con la normatividad vigente en relación a la “libertad sexual”, “consentimiento informado” y “acceso a métodos anticonceptivos” de las y los adolescentes.

Ideas fuerza:

- ❖ El consentimiento informado de las/los adolescentes es un mecanismo que contribuye a la protección de los derechos sexuales y reproductivos, pues implica tanto el acceso a información completa, veraz y oportuna, como la adopción de decisiones autónomas y su seguimiento por parte de las/os proveedoras/es de servicios.
- ❖ El consentimiento informado es un mecanismo para enfrentar las barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva lo mismo que para acercar a las/los adolescentes al acceso efectivo de los servicios que requieren o solicitan.
- ❖ Es necesario dimensionar el concepto de las capacidades evolutivas del menor, que se refiere a la limitación de la facultad de los padres de decidir por sus hijos, es decir a medida que las y los adolescentes van adquiriendo las condiciones necesarias para adoptar decisiones de manera autónoma sobre su propia vida, ejerciendo los derechos de los que son titulares va disminuyendo la facultad de los padres de decidir por sus hijos.
- ❖ El Fallo N° 0008-2012-PI/TC del Tribunal Constitucional, reconoce la libertad sexual de las y los adolescentes de 14 y más años, como expresión de su derecho al libre desarrollo de la personalidad (Art. 2° inciso 1 Constitución). A las y los adolescentes les corresponde ejercer libremente su sexualidad como componente del derecho a la salud (Párrafo 87).
- ❖ El Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994), establece que es necesario facilitar a las y los adolescentes información y servicios que les ayuden a vivir su sexualidad de manera saludable y a protegerse contra los embarazos no planeados, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Además, señala que, de una manera coherente con la capacidad de evolución de las y los adolescentes, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de salud no limiten su acceso a servicios apropiados y a la información que requieran. En ese contexto los países deben eliminar los obstáculos jurídicos, normativos que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a adolescentes (Párrafos 7.4 y párrafo 7.45).
- ❖ El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2014). En el ámbito del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes, señala que se deben considerar las siguientes premisas:
 - Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos.

- La salud es un servicio público.
- Las intervenciones buscan mejorar su salud sexual y salud reproductiva; y, disminuir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, estimulando los factores protectores.
- ◆ Los anticonceptivos orales se consideran actualmente seguros en la adolescencia. Y no existen problemas para el uso de la anticoncepción combinada (inyectable, parches transdérmicos o anillos vaginales), de fácil uso y buen grado de cumplimiento.
- ◆ La anticoncepción oral de emergencia también puede ser usado por las adolescentes, en este caso es preferible el de progestágeno, sólo por su mayor efectividad y menor frecuencia de efectos secundarios.
- ◆ Es necesario conocer sobre la Norma Técnica N° 157 , para la atención integral de salud de adolescentes para definir nuestras líneas de acción de acuerdo con la categoría del establecimiento de salud. Conocer el paquete integral de atención en adolescentes es importante para ofertar un servicio de calidad y que responda a las necesidades de los y las adolescentes.
- ◆ La actual Norma técnica de salud de planificación familiar, precisa que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no es aplicable el Artículo 4° de la Ley General de Salud, Ley N° 26842 el cual indica que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o de su representante legal, en el caso de planificación familiar no es necesario el consentimiento de padres o tutores para la dotación del MAC a los y las adolescentes.

IV. APlicando lo aprendido

30 minutos

1. Se solicita que se mantengan los cuatro (4) grupos, para aplicar lo aprendido hasta ahora. Se les indicará que:

“Son un grupo de expertos en salud de las y los adolescentes y la Dirección Regional de Salud de xx, está muy preocupada por el incremento del embarazo en adolescentes que este año alcanza el 24% y les ha encargado formular una directiva para organizar servicios de salud integrales, de calidad y amigables para adolescentes y que se aplicará en toda la región”.
2. Se les solicitará que a partir de ello cada grupo escriba en tres párrafos, los contenidos más importantes que debe tener la directiva.
3. Al finalizar el/la facilitadora retroalimentará en función a las presentaciones realizadas y orientará que no se centren en las limitaciones de infraestructura y equipamiento, sino de las capacidades, actitudes y prácticas que las y los proveedores deben adquirir y mejorar para ofertar estos servicios.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y DEFINIENDO COMPROMISOS

15 minutos

1. El/la facilitadora pega tres (3) papelógrafos en la pared con las siguientes indicaciones, para que sean llenados de manera anónima por las/os participantes:

- ◆ Señala un conocimiento o información que consideras clave para mejorar tu trabajo en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
 - ◆ Escribe un compromiso personal o cambio, que creas que contribuirá a mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en tu establecimiento.
2. Luego la facilitadora promueve el cumplimiento de los compromisos planteados.

VII. LECTURAS DE APOYO

- ◆ Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de adolescentes N°157, aprobada con Resolución Ministerial N° 1001 – 2019/MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
- ◆ Norma Técnica de Planificación Familiar. MINSA 2016. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
- ◆ Plan multisectorial de prevención de embarazo adolescente 2013-2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3033.pdf>
- ◆ Documento técnico: orientaciones para la atención integral de salud en la etapa de vida joven. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3788.pdf>

SESIÓN 2.

ATENCIÓN ENFOCADA EN LAS NECESIDADES DE LAS Y LOS ADOLESCENTES. LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ❖ Reflexionado sobre la importancia de la atención en salud sexual y reproductiva centrada en las necesidades de las y los adolescentes.
- ❖ Fortalecido sus habilidades para realizar la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes.

Tiempo: 2 horas con 30 minutos.

Recursos:

- ❖ Tarjetas postales y caja para dinámica de formar grupos.
- ❖ Cinco (5) letreros con cada paso de la consejería/orientación en SSyR (Salud Sexual Reproductiva).
- ❖ Cinco (5) sobres manila con tarjetas de cada acción que se realiza en cada paso. (Anexo 2).
- ❖ Papelógrafos.
- ❖ Plumones gruesos de diferentes colores.
- ❖ Cinta maskingtape.
- ❖ Laptop.
- ❖ Proyector multimedia.
- ❖ Fotocopia del anexo 1. De acuerdo al número de participantes.
- ❖ Tarjetas con casos.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

10 minutos

El/la facilitadora saluda y brinda cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación, demostrando su compromiso con la salud de los y las adolescentes.

Se realiza la dinámica rompe hielo “Triple saludo”. Para ello la facilitadora indica a las y los participantes que se pongan de pie, formen un círculo y que se les enseñará 3 formas de saludarse: dándose palmadas con las manos, un giro y una nalgada, luego formaran parejas y caminarán por el espacio libre cuando la facilitadora indique saludo deberán realizar los 3 saludos rápidamente, la pareja que se demore más tiempo será retirada y así sucesivamente hasta que quede una sola pareja ganadora.

II. RECOGIENDO SABERES

15 minutos

1. Para iniciar, la facilitadora pega un papelote en la pared y explica a las/los participantes que se va a elaborar un “collage” y que, para eso, cada una/o en una tarjeta de cartulina escribirá, lo que piensa sobre:
 - ❖ ¿Qué expectativas o qué esperan las y los adolescentes de los servicios de salud sexual y reproductiva?

Explicamos que se puede llenar más de una tarjeta por persona y que se tratará

de colocar las tarjetas de forma concéntrica, colocando las expectativas que consideren más importantes al centro y las de menos importancia en la periferia.

2. Se revisan las tarjetas y las expectativas consideradas por los participantes, y se comenta en orden de prioridad y se menciona que en esta sesión reflexionaremos sobre cómo responder mejor desde nuestros servicios a las expectativas de los adolescentes.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

60 minutos

Reflexionando sobre las habilidades personales para ser un/a buena orientadora en SSR (Salud Sexual y Reproductiva).

1. El/la facilitadora entrega la ficha de “Habilidades básicas para un/a orientadora en salud sexual y reproductiva para adolescentes” (Anexo 1) a cada participante y les explica que el ejercicio consiste en que respondan de manera reflexiva y honesta al test y que luego sumen el puntaje de preguntas afirmativas (es un SI, si es que la habilidad se desarrolla siempre, y es un NO, si se trata de a veces o nunca).
2. Luego se comenta que las habilidades revisadas son algunas de las más importantes para realizar una buena orientación en SSR para adolescentes, centrada en sus necesidades, y que de manera personal se puede reflexionar sobre los resultados, reconociendo nuestras fortalezas, pero también aquellas habilidades sobre las que hay trabajar y desarrollar. También se menciona que esta ficha puede ser una herramienta personal para medir sus logros personales en esta área.

Ideas fuerza.

- ❖ La orientación o consejería en SSR, obliga a desarrollar un conjunto de competencias o habilidades personales que no necesariamente son innatas, hay que prepararse y entrenarse sobre ellas.
- ❖ La labor de orientación es un proceso de interacción persona a persona, de doble vía, en el que se brinda la información y el soporte emocional necesario para que las personas tomen sus propias decisiones de manera autónoma e informada.
- ❖ La orientación no es un método para ofrecer soluciones a los problemas de una persona, ni para dar instrucciones o recetas, ni para promover modos de vida que ha funcionado para otras personas.
- ❖ Respetar los principios de la orientación y consejería: confidencialidad, privacidad, imparcialidad, relación interpersonal horizontal y empática. Esto debe estar presente en todas nuestras atenciones.
- ❖ La confidencialidad es un aspecto clave para que los adolescentes no dejen de acudir a los servicios de salud; para ellos es difícil acudir a un establecimiento de salud y romper esta barrera. En casi todas las encuestas o sondeos de opinión realizados con adolescentes, la confidencialidad y el no ser juzgados, resultan como los aspectos más mencionados como criterios de calidad de atención en los servicios de salud.

Reforzando habilidades para la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

1. El/la facilitadora forma cinco (5) grupos a través de la dinámica “la tarjeta postal”, para ello pasa una caja con tarjetas postales y cada participante tiene que sacar una. Se agrupan los participantes que tienen la misma imagen. Se entrega a cada grupo un letrero con un paso de la consejería/orientación en salud sexual y reproductiva. La facilitadora habrá colocado sobre una mesa, cinco (5) sobres conteniendo las acciones (desglosado en tarjetas) que se realiza en cada paso. Por lo tanto, cada grupo identificará cuál de los sobres corresponde al paso que tiene. Asimismo, ordenará en orden correlativo las acciones y las pegará sobre un papelógrafo (Anexo 2), se indica que deben hacerlo en el menor tiempo posible.
2. Cuando todos los grupos han terminado, explican su trabajo en plenaria. Después de las exposiciones, el/la facilitador/a entrega a los/las participantes una hoja impresa de la secuencia y características de los cinco (5) pasos de la consejería/ orientación en salud sexual y reproductiva. Revisan y van contrastando la secuencia y pasos de la consejería/orientación en SSR para adolescentes.

IV. APlicando lo aprendido

60 minutos

1. En esta sección, conformamos cuatro (4) grupos y decimos, que para desarrollar las habilidades para una orientación en SSR centrada en las necesidades de los/las adolescentes se requiere entrenamiento, por ello en esta parte vamos a poner en práctica lo aprendido o reflexionado hasta ahora y para eso, cada grupo discutirá un caso y designará los personajes que simularán una sesión de orientación/ consejería, tomando en cuenta también los enfoques y conceptos trabajados en este programa de capacitación, para la cual se asigna 20 minutos.

Caso 1: Un adolescente de 17 años que tiene relaciones sexuales con su amiga de 16. Ambos están en la secundaria, pero han decidido no tener una relación de enamorados “formal”. No usan un método anticonceptivo.

Caso 2: Una adolescente de 14 años que viene con su madre, quien dice que su hija le contó que fue abusada sexualmente hace 6 semanas, y ahora está embarazada.

Caso 3: Adolescente de 15 años acude preocupada porque su enamorado le ha pedido tener relaciones sexuales, pero ella teme quedar embarazada.

Caso 4: Adolescente varón de 16 años dice que tiene relaciones sexuales con su amigo del barrio.

2. Al culminar la simulación de cada una de las sesiones, se abre la plenaria para los comentarios y sugerencias, procurando que éstos estén dirigidos a mejorar las habilidades de el/la orientadora teniendo como referencia las habilidades requeridas, los pasos aprendidos para una orientación centrada en las necesidades de las y los adolescentes, el enfoque de género y de derechos, así como la normativa básica de los servicios públicos.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y DEFINIENDO COMPROMISOS 5 minutos

Se pide a las y los participantes que cada una escriba en una tarjeta aquella habilidad personal o aspecto de la orientación que debe mejorar, que escriba qué va a hacer para eso y en cuanto tiempo. Cada uno/a guardará su tarjeta en un lugar personal y se comprometerá a abrirla en un (1) mes y luego en tres (3) meses, para comprobar su compromiso personal con la mejora de sus habilidades para la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

VI. LECTURAS DE APOYO

- ❖ MINSA 2006. Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf
- ❖ Documento Técnico: Orientaciones para la atención integral de los y las adolescentes en el primer nivel de atención. <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20141127-MINSA-DT-Orientaciones-para-Atencion-Integral-Salud-Adolescentes.pdf>

ANEXO 1

HABILIDADES BÁSICAS DE UN/UNA ORIENTADORA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES.

HABILIDAD	SI	NO
Conoces sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva y te actualizas periódicamente.		
Te sientes cómoda/o hablando sobre sexualidad.		
En las sesiones de orientación/consejería generalmente escuchas más y hablas menos.		
Le pones atención al lenguaje no verbal de las y los adolescentes.		
Te preocupas por usar un lenguaje y términos sencillos, no técnicos e incomprensibles.		
En la sesión das lugar a que la/el adolescente te haga preguntas.		
No comentas los casos o situaciones que traen las y los adolescentes con otras personas en tu servicio.		
Te preocupas por darle privacidad a las y los adolescentes durante la sesión.		
Generalmente llegas a identificar el problema que motiva la consulta de la/el adolescente.		
Nunca usas adjetivos para dirigirte a las/los adolescentes (como: chiquita, tonto, irresponsable, confiada, etc.).		
Nunca apelas a la religión o a un Dios en particular para explicar alguna situación, riesgo o comportamiento saludable.		
Das el tiempo y generas las condiciones para que la/el adolescente tome una decisión o compromiso personal y no das "recomendaciones".		
TOTAL		

ANEXO 2

PASOS PARA LA ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
Paso 1. Establecer una relación cordial:	
<ul style="list-style-type: none">• Recibimos amablemente.• Saludamos con cordialidad.• Creamos un ambiente confortable y adecuado culturalmente.• Acondicionamos privacidad y aseguramos confidencialidad.• Demostramos atención e interés.	
Paso 2. Identificar las necesidades del/la adolescente.	
<ul style="list-style-type: none">• Identificar el motivo de la consulta o preocupación del/la adolescente, usando preguntas abiertas:• ¿En qué te puedo atender?, ¿Qué te preocupa?, ¿Cómo puedo ayudarte?, ¿Qué te trae por mi servicio?, etc.• Escuchar con atención y empatía. Explorar los sentimientos, pensamientos y actitudes.• Aclarar y repetir para verificar si hemos entendido bien la información que el/la adolescente nos da.	
Paso 3. Responder a las necesidades de la usuaria/o: Se requiere.	
<ul style="list-style-type: none">• Conocer el idioma del adolescente, buscar un intérprete.• Expresarse en un lenguaje sencillo.• Escuchar con atención las preguntas.• Aclarar ideas.• Aclarar mitos, tabúes y rumores con información científica.• Usar el material de apoyo: diagramas, dibujos, afiches, folletos, rotafolios, etc.	
Paso 4: Verificar la comprensión de la usuaria.	
<ul style="list-style-type: none">• Preguntar adecuadamente, si la información fue comprendida por el/la adolescente.• Asegurarse que el/la adolescente comprende las diferentes opciones o alternativas frente a su consulta.• Escuchar atentamente, la decisión tomada por el/la usuaria (si es el caso).• Parafrasear la decisión (Ejemplo: Entiendo que estas decidiendo por.....)• Aclarar información y dudas adicionales con palabras y ejemplos sencillos.	
Paso 5. Mantener la confianza.	
<ul style="list-style-type: none">• Asegurar la disponibilidad de los servicios solicitados (ejemplo: condones, método anticonceptivo, prueba de embarazo, etc.).• Establecer fechas para la visita de seguimiento.	

SESIÓN 3.

APLICANDO ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA HACER REALIDAD LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al finalizar la sesión el/la participante habrá:

- ◆ Mejorado sus conocimientos sobre los estándares de calidad para ofertar un servicio amigable en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Tiempo: 2 horas, 20 minutos

Recursos:

- ◆ Pelota de trapo.
- ◆ Plumones gruesos de diferentes colores.
- ◆ Papelógrafos.
- ◆ Cinta masking tape.
- ◆ Laptop.
- ◆ Proyector multimedia.
- ◆ Fotocopias de anexo 1 y 2

I. SALUDO Y BIENVENIDA

15 minutos

El/la facilitadora saluda y brinda cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación, demostrando su compromiso con la salud de los y las adolescentes.

Luego dialoga con las y los participantes sobre lo aprendido hasta hoy en este módulo, recogiendo las ideas claves y aprendizajes mencionados.

El/la facilitadora indica que el día de hoy el saludo será con las emociones. Pide que se forme un círculo y que pasen la pelota de trapo de derecha a izquierda, diciendo cada uno como se siente: Por ejemplo: estoy feliz, estoy triste, estoy cansada, etc. Hasta que se complete el círculo. Luego se inicia de nuevo el pase de la pelota, esta vez de izquierda a derecha, pero esta vez cada uno/a expresará sin hablar la emoción mencionada en la primera ronda, con gestos, sonidos, expresando con el cuerpo, etc. Finalizada la dinámica pedimos que todos aplaudan para traer buena energía al grupo y se menciona el objetivo de esta sesión.

II. RECOGRIENDO SABERES

60 minutos

1. El/la facilitadora forma grupos mediante la dinámica “Tormenta”, para eso pega papeles con los puntos cardinales en el suelo, un punto en cada papel (norte, sur, este y oeste), explica que contará una historia y cuando mencione uno de los puntos cardinales todas/os deben correr al punto que se mencionó y cuando diga “tormenta” deberán correr a cualquiera de los cuatro (4) puntos, teniendo en cuenta que en cada punto no deberán haber más de 6 personas. Ejemplo: María viajó el fin de semana al norte, hizo un viaje largo porque ella vive al sur del país, pero en su viaje hubo una gran tormenta.

Se detiene la dinámica en una de las veces que dice tormenta, para que los grupos queden conformados.

2. Indica a las/los participantes que trabajarán sobre la idea de que cada grupo preparará de manera creativa una receta para un servicio diferenciado de calidad para adolescentes, es decir sobre cuáles y en qué cantidad deben integrarse diferentes aspectos o criterios para este servicio: Ejemplo: 3 Kg. de organización, 1kg. de capacitación, etc.
3. Despues de 20 minutos, se pedirá que cada grupo presente su receta y explique como la prepararon. Luego se puede comentar cuáles fueron los ingredientes más frecuentemente mencionados, aquellos que estuvieron integrados en mayor proporción, etc. Explicamos que en esta sesión se va a trabajar justamente sobre cuáles son esos criterios para organizar servicios diferenciados de calidad para adolescentes.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

20 minutos

El/la facilitadora menciona que muchos de los elementos identificados en el ejercicio anterior, hacen parte de lo que se entiende como servicios diferenciados para la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, usamos las siguientes ideas fuerza:

Ideas fuerza:

- ◆ Las características o atributos de un servicio, serán apreciadas siempre desde las/ los usuarios, por lo tanto, son quienes consideran cuáles son los atributos más importantes. Lo mismo ocurre cuando brindamos la atención en salud.
- ◆ Las y los adolescentes juzgan la atención recibida en base a sus expectativas, sentimientos y vivencias. Ellas/os tendrán una mirada distinta a los adultos sobre los servicios de salud. Por lo que es importante acercarnos y procurar indagar cuáles son sus necesidades, dudas y expectativas en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ◆ Los servicios considerados “amigables” para las y los adolescentes parten de la identificación y satisfacción de sus necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.
- ◆ Con la intención de garantizar el derecho a la salud de las y los adolescentes y mantener su bienestar, el Estado peruano ha optado por organizar el funcionamiento de las prestaciones de salud a través de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, proponiendo que la atención integral de salud, con calidad y calidez, incluida la salud sexual y reproductiva, se realice en un espacio y horario diferenciado, con personal calificado para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral.
- ◆ La Organización Mundial de la Salud señala que la accesibilidad a los servicios de

salud, significa que las y los adolescentes pueden acceder a dichos servicios que se prestan en horarios de atención apropiados y convenientes para ellos y ellas. Ello porque tienen múltiples actividades y acuden al establecimiento de salud en el momento que sus actividades se lo permiten.

- ❖ La atención de calidad en salud responde a protocolos y normas técnicas establecidas por el MINSA que debemos cumplir.
- ❖ Los enfoques de género, interculturalidad, derechos humanos, pero también los enfoques de riesgo, integralidad e intergeneracional no deben omitirse porque también forman parte de una atención de calidad.
- ❖ De acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes vigente, la atención integral de salud del/la adolescente comprende la provisión continua integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación de la salud de la población adolescente, en el contexto de su vida en familia, en la institución educativa y en la comunidad; brindándole las prestaciones de salud establecidas en el plan individualizado de atención integral en salud, bajo las siguientes características: accesibilidad geográfica, accesibilidad horaria, accesibilidad cultural, privacidad, participación de adolescentes, oportunidad de la atención y continuidad de la atención y recursos humanos con capacitación permanente entre otras.
- ❖ Es recomendable que las y los proveedores de salud de todos los niveles de atención, estén familiarizados con esta norma técnica y los procesos que implican el “Paquete de atención integral de salud a las y los adolescentes”, que incluye intervenciones sanitarias en salud sexual y reproductiva.

IV. APlicando lo APrendido

40 minutos

1. El/la facilitadora conformará los grupos considerando los establecimientos de salud o micro redes de procedencia de los/las participantes. Se entrega a los grupos o participantes una ficha con el Anexo 1 impreso.
2. Se explica que se trata de realizar un diagnóstico de la calidad de la atención diferenciada en salud sexual y reproductiva para adolescentes (evaluación interna), de la situación del servicio diferenciado que ofertan. Explica que deben leer bien los criterios de evaluación y en la otra columna describir las actividades que vienen realizando en su establecimiento de salud o microred. Durante el trabajo de grupos, el/la facilitadora irá apoyando a cada grupo.
3. Culminado el trabajo de los grupos, el/la facilitadora indica a los y las participantes que ubiquen sus sillas en media luna y en plenaria cada grupo presentará su diagnóstico.
4. El/la facilitadora les recuerda que el objetivo de trabajar este diagnóstico es de familiarizarse con los principales criterios estandarizados por el Ministerio de Salud para la implementación y supervisión de servicios diferenciados para adolescentes (Anexo 2).

5. Después que los grupos hayan expuesto, el/la facilitadora les explica que este diagnóstico servirá como punto de partida para que los y las participantes formulen planes de mejora de la calidad de los servicios diferenciados para adolescentes en sus establecimientos.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y ASUMIENDO COMPROMISOS 15 minutos

1. El/la facilitadora reparte tres (3) papeles de colores diferentes a cada participante y pega en la pared las siguientes preguntas escritas en cartulinas de colores:
 - ◆ ¿Qué aspectos o características considera importantes para implementar servicios de calidad para atender la salud sexual y reproductiva para adolescentes?
 - ◆ Apartir del diagnóstico de los servicios de salud diferenciados para adolescentes ¿Qué acciones inmediatas considera que pueden ser implementadas en sus establecimientos para ofertar servicios de salud con calidad para adolescentes en salud sexual y reproductiva?
2. Luego les pide que debajo de las preguntas, peguen sus respuestas y solicita si alguien de manera voluntaria quiere compartir su respuesta sobre la última pregunta.
3. Se cierra la sesión indicando que partiremos de las últimas respuestas para formular planes de mejora de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en la próxima sesión.

VI. LECTURAS DE APOYO

- ◆ NTS N° 095 – MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de salud “Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes”. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-UNFPA-NormaTecnicaSalud95.pdf>

ANEXO 1

Diagnóstico de los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes.⁵

Criterio a evaluar	Descripción
Nombre de establecimiento de salud y categoría.	
Modalidad del servicio a. Horario diferenciado b. Ambiente exclusivo c. A demanda (en cualquier horario, c/ o s/ ambiente exclusivo) d. Servicio diferenciado	
¿Profesional asignado para la atención? ¿Tipo de profesional?	
¿Profesional con múltiples funciones?	
¿Profesional asignado recibió capacitación en los últimos 6 meses? ¿Último año?	
Nº de días de atención en la semana.	
¿Está visible el horario y días de atención para adolescentes y la ruta que debe seguir para acceder al servicio?	
¿Cómo se garantiza la privacidad de la atención?	
¿Cómo se garantiza la confidencialidad de la atención?	
¿Se solicita el acompañamiento de los padres o tutores para entregar información en salud sexual y reproductiva?	
¿Entregan métodos anticonceptivos cuando son solicitados?	
Cuentan con material informativo sobre salud sexual y reproductiva.	
Momento en que se entrega información y consejería en salud sexual y reproductiva: ¿primera visita? ¿Segunda visita? ¿Tercera visita?	
¿Desarrollan actividades de promoción de la atención para adolescentes?	
¿Desarrollan actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles? ¿Cuántas veces en el año?	

⁵ Sobre la base de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Defensoría del Pueblo, 2018

ANEXO 2

"Listado de criterios y estándares de evaluación de servicios de atención integral de salud para Adolescentes en el primer, segundo y tercer nivel de atención"⁶

Nº	Procesos	Nº macroprocesos	Nº	Criterios de evaluación
1	Procesos estratégicos	1. Recursos humanos	1	El servicio diferenciado cuenta con el equipo básico de salud (I nivel) y equipo multidisciplinario (II y III nivel) capacitado en temas relacionados a la salud del adolescente.
			2	El coordinador/a u otro miembro del Equipo Técnico de la EVA lidera la realización del análisis de la situación de salud del adolescente.
			3	Supervisión del desempeño del equipo básico/multidisciplinario que brinda atención integral a los adolescentes.
			4	El servicio cuenta con un plan o programa de capacitación continua que incorpora temas relacionados a la salud integral del adolescente.
		2. Calidad	1	El servicio desarrolla acciones de mejora en el marco del sistema de gestión de la calidad del MINSA.
			2	El servicio cuenta con mecanismos para identificar las necesidades y las expectativas de las/los adolescentes. (Atención en el intra y extramural).
			3	El servicio incorpora la participación de adolescentes en la gestión y organización de las actividades.
			4	De acuerdo al nivel de atención: El servicio cuenta con el espacio/infraestructura/materiales y equipos para brindar atención integral y diferenciada a las/los adolescentes.
		3. Atención de riesgos	1	Profesionales que atienden a las/los adolescentes, identifican y toman decisiones ante conductas de riesgo.
			2	El servicio está organizado para responder a los riesgos sociales que afectan a las/los adolescentes. (De acuerdo al nivel de atención)
Nº	Procesos	Nº macroprocesos	Nº	Criterios de evaluación
2	Procesos operativos	1. Atención intramural	1	El servicio oferta el paquete de atención integral, en función a las necesidades de las/los adolescentes, tomando en cuenta las características étnicas y culturales.
			2	Historia clínica normada por esta etapa de vida, es utilizada por el personal de salud para la atención integral de salud de las/los adolescentes.
			3	El servicio diferenciado brinda las atenciones correspondientes al paquete de atención integral.
			4	El personal del servicio observa las disposiciones de privacidad y confidencialidad en su trato con las/los adolescentes. (Atención integral y Consejería)

⁶ Norma Técnica de salud N° 095, MINSA 2012. "Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes".

			5	El servicio de salud, promueve el acceso de los adolescentes al servicio diferenciado.
			6	El servicio garantiza que el tiempo de espera para las consultas e interconsultas no sea prolongado.
		2. Atención extramural	1	Visitas domiciliarias programadas y ejecutadas a aquellos adolescentes, donde se ha identificado factores de riesgo.
			2	El servicio cuenta con insumos, materiales y equipos para las actividades extramurales.
			3	El servicio planifica y coordina actividades con actores sociales vinculados a la población adolescente.
Nº	Procesos	Nº macroprocesos	Nº	Criterios de evaluación
3	Procesos de soporte	1. Referencia, contrarreferencia y seguimiento	1	Referencias y contrarreferencias de las/los adolescentes, se realiza con los formatos normados por el MINSA.
			2	El servicio está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de las/los adolescentes, en concordancia a la normatividad del MINSA.
			3	El servicio desarrolla mecanismos de coordinación con las redes sociales para el apoyo a la referencia, contra referencia y seguimiento de adolescentes.
		2. Apoyo diagnóstico	1	El establecimiento realiza los servicios médicos de apoyo, de acuerdo a la necesidad de las/los adolescentes, según nivel de atención.
			2	Los resultados de los servicios de apoyo diagnóstico están disponibles oportunamente.
		3. Gestión de la información	1	El servicio registra, analiza y difunde la información generada en relación a las/los adolescentes.
			2	El servicio se conduce basada en el análisis de la situación de salud de las/los adolescentes de la localidad y la información estadística generada.
			3	El servicio realiza o promueve la investigación operacional a partir del uso de información e implementa cambios basados en los resultados.
			4	El servicio identifica las lecciones aprendidas, sistematiza y difunde experiencias exitosas.

SESIÓN 4.

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS INTEGRALES Y DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Resultados de aprendizaje:

Al final de la sesión el/la participante habrá:

- ♦ Elaborado un plan de mejora de la calidad para la atención de los servicios integrales y diferenciados en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Tiempo: 3 horas con 10 minutos.

Recursos:

- ♦ Papelógrafos.
- ♦ Plumones de papel N° 47 de colores verde, marrón, rojo, azul.
- ♦ Tarjetas de cartulinas color amarillo y rosado.
- ♦ Cinta masking tape.
- ♦ Laptop.
- ♦ Proyector multimedia.
- ♦ Anexo 1: Propuesta de plan de mejora para servicio diferenciado de calidad.

I. SALUDO Y BIENVENIDA

20 minutos

El/la facilitadora saluda y brinda cálida bienvenida a las/los participantes, felicitándolas por su asistencia y por los esfuerzos personales, familiares y laborales que implican su participación, demostrando su compromiso con la salud de los y las adolescentes y haber llegado hasta la última sesión de este módulo.

Dialogamos con el grupo sobre los aprendizajes y reflexiones trabajados en las sesiones anteriores y les preguntamos sobre qué es lo que más recuerdan o les parece significativo de ellos.

Para animar a los/las participantes se realiza la dinámica “Cadenas” para estimular la actividad física y la creatividad, lo ideal es realizarla al aire libre. El/la facilitadora indica a las/los participantes que tomen un objeto cualquiera del salón. Una vez afuera realizarán lo siguiente: formar una cadena, alternando personas y los objetos seleccionados (ropa, reglas, bolsos, palos, etc.) en un tiempo máximo de 2 minutos. Al término del tiempo, se mide con pasos la longitud de la cadena. Se da una nueva oportunidad para lo cual los y las participantes podrán seleccionar otros objetos y hacer una cadena más larga que la anterior en el mismo tiempo. Se mide la nueva cadena y se felicita al grupo si logró superar la primera.

Al finalizar el/la facilitadora resaltará que el trabajo coordinado y las estrategias del grupo dan mejores resultados frente a cualquier objetivo y que ese principio puede ser aplicado en la elaboración del plan de mejora para el servicio diferenciado y de calidad para los y las adolescentes.

II. RECOGRIENDO SABERES

20 minutos

La facilitadora/or pregunta a los/las participantes, lo siguiente:

- ♦ ¿Qué es un plan de mejora?

- ❖ ¿Han elaborado alguno?
- ❖ ¿Porque será importante tener un plan de mejora?
- ❖ ¿Cuáles creen que serían los pasos a seguir para formular un plan de mejora?

Las respuestas serán a través de lluvia de ideas y escritas en un papelógrafo, al finalizar, el/la facilitadora retroalimentará lo señalado a través de ideas fuerza.

Ideas fuerza:

- ❖ El plan de mejora de la calidad de los servicios es un instrumento de gestión.
- ❖ El plan de mejora de la calidad de los servicios nos permite organizar nuestros recursos y capacidades para plantear estrategias de intervención y acciones dirigidas a atender la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes con integralidad y con enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad.
- ❖ El plan de mejora permite lograr los objetivos y mejorar los indicadores sanitarios.
- ❖ Es importante fomentar el trabajo en equipo de los y las proveedores/as de salud para poder cumplir con los objetivos del plan de mejora.
- ❖ El plan de mejora es una oportunidad para identificar las necesidades de las y los adolescentes, así como de involucrarlos/las en las propuestas o medidas de mejora.

III. PROFUNDIZANDO SABERES

40 minutos

1. El/la facilitadora indica a los y las participantes que se agrupen de acuerdo con el establecimiento de salud y/o microrred de procedencia, tal y como estaban en la sesión anterior. Les pide que saquen sus fichas de diagnósticos del servicio diferenciado que realizaron en la sesión anterior e indica que cada grupo debe elaborar un árbol de propuestas, teniendo como base los resultados de su ficha de diagnóstico.
2. Para realizar este árbol de propuestas, el/la facilitadora entrega un papelote, plumones y tarjetas de cartulina de color amarilla y rosada a cada grupo para que trabajen:
 - ❖ Cartulinas amarillas: brechas identificadas en el diagnóstico (lo que hace falta mejorar, lo que no tenemos, etc.).
 - ❖ Cartulinas rosadas: propuestas para superar las brechas.
3. Deben dibujar un árbol en el papelote y en la parte del tronco tienen que poner las brechas (cartulinas amarillas) y en las hojas las propuestas (cartulinas rosadas). Los grupos presentan en plenaria lo trabajado.
4. Pedimos que cada grupo presente su árbol y se observa que algunos árboles son más frondosos que otros, pero que al final lo importante es que, lo que se proponga realizar (hojas, flores, frutos) dependerá de algunos nutrientes que se le otorgue al árbol: con organización, capacitación, adecuación, formulación, etc. para obtener servicios integrales para la atención diferenciada de las y los adolescentes.

IV. APlicando lo aprendido

80 minutos

1. El/la facilitadora entrega papelotes, plumones y fotocopia de anexo 1 a los grupos. Indica a los y las participantes que en el papelote dibujen el cuadro del anexo 1. En este cuadro deben ubicar sus propuestas trabajadas en la dinámica “Árbol de propuestas” y actividades de acuerdo a la normativa de criterios y estándares de calidad: ubicar por procesos (estratégico, operativo y de soporte) y en caso no hayan considerado alguna propuesta en algunos de los procesos, deberán añadir actividades para que el cuadro esté completo.
2. Una vez que coloquen sus propuestas en las actividades, deberán marcar con una “X” en el plazo que lo realizarán, ya sea 3 ó 6 meses.
3. Los grupos exponen en plenaria, y el/la facilitadora felicita a las y los participantes porque han culminado satisfactoriamente la elaboración del plan de mejora de la calidad del servicio diferenciado para adolescentes de su establecimiento de salud, el cual deberán implementar y evaluar al tercer y sexto mes.

V. EVALUANDO APRENDIZAJES Y ASUMIENDO COMPROMISOS 30 minutos

1. El/la facilitadora dice a los y las participantes que realizarán la dinámica “La pega de petete”.
2. La dinámica “La pega de petete”, consiste en que se prepara una lista de control con preguntas y respuestas sobre el tema a evaluar. También se preparan tarjetas o papeles con cada una de las preguntas y se mezclan en una bolsa. Se designa a una persona como “A”, se le entrega la bolsa y esta persona tiene que atrapar a los demás participantes. Cuando “A” atrape a uno de ellos/as, la persona que fue atrapada tiene que sacar uno de los papeles de la bolsa y contestar la pregunta. Ahora esta persona, tendrá la bolsa y deberá atrapar a otra y así sucesivamente, hasta que todas las preguntas hayan sido respondidas. El/la facilitadora verificará si la respuesta es correcta o no con la lista de control de preguntas y respuestas (puede escoger algunas o varias de estas preguntas).
 - ◆ ¿Qué es un plan de mejora?/ Es un instrumento de gestión.
 - ◆ ¿Para qué nos sirve un plan de mejora?/ Nos permite organizarnos y plantear estrategias de intervención.
 - ◆ ¿Cómo ayuda el trabajo en equipo para el plan de mejora?/ El trabajo en equipo permite que se puede cumplir los objetivos y asumir responsabilidades compartidas.
 - ◆ ¿Qué nos permite reconocer una brecha?/ Que tenemos problemas y que debemos buscar múltiples soluciones/estrategias.
 - ◆ ¿Cuál es el plazo para cumplir un plan de mejora?/ Puede hacerse en el plazo que uno considere necesario. Corto, mediano o largo plazo.
 - ◆ El plan de mejora solo sirve para identificar brechas o problemas/ Falso. También

nos permite identificar soluciones, alternativas, estrategias a las brechas o problemas.

- ◆ Un plan de mejora no asigna a las/os responsables para las acciones/ Falso. Cuando elaboramos un plan de mejora, también se asignan responsables para las actividades o acciones a realizar.
 - ◆ ¿Cómo ayuda el plan de mejora para el trabajo con los y las adolescentes?/ Permite identificar sus necesidades y expectativas en la atención de los servicios de salud.
 - ◆ ¿Cómo podemos involucrar a los y las adolescentes en las actividades para el cumplimiento del plan de mejora?/ Respuesta libre.
3. Culminada la dinámica, el/la facilitadora felicita a los y las participantes por haber asistido a todas las sesiones y su constancia. Anima a que apliquen este instrumento de plan de mejora en sus establecimientos de salud.
 4. Por tratarse de la última sesión del programa , se explica a las/los participantes que como parte de la evaluación de aprendizajes se les entregará la Prueba de Salida y que deberán llenarla antes de despedirse.

VI. LECTURAS DE APOYO

- ◆ Propuesta de implementación de servicios diferenciados y de atención integral en salud del adolescente en el Hospital Regional “Virgen de Fátima”. Amazonas. En: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/reunion_r/DIRESA-AMAZONAS.pdf>

ANEXO 1

PLAN DE MEJORA DEL CENTRO DE SALUD

I. PROCESOS ESTRATÉGICOS

1. RECURSOS HUMANOS

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
1.1.1. Equipo básico de salud recién capacitado.			
1.1.2. No se realiza análisis de situación de los adolescentes.			
1.1.3. No se realiza supervisión al desempeño del equipo multidisciplinario que brinda atención a los adolescentes.			
1.1.4. No cuentan con plan de capacitación continua con temas relacionados a la atención de adolescentes.			

2. RECURSOS HUMANOS

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
1.2.1. El servicio no desarrolla acciones de mejora en el marco del sistema de gestión de calidad del MINSA.			
1.2.2. El servicio no cuenta con mecanismos para identificar las necesidades y expectativas de los adolescentes.			
1.2.3. Adolescentes no participan en la gestión y organización de actividades.			
1.2.4. No cuentan con todos los materiales, equipos e insumos, para la atención diferenciada a los y las adolescentes.			

3. ATENCIÓN DE RIESGOS

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
1.3.1. Profesionales que atienden a los y las adolescentes, no identifican factores de riesgo.			
1.3.2. El servicio no está organizado para responder a los riesgos sociales que afectan a los y las adolescentes.			

II. PROCESOS OPERATIVOS

1. ATENCION INTEGRAL

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
2.1.1. El EESS (Establecimiento de Salud) XX no oferta el paquete integral para adolescentes			
2.1.2. EESS no cuenta con HCL de EVAJ normada por el MINSA.			
2.1.3. EESS no brinda el paquete de atención integral a adolescentes.			
2.1.4. Consultorio del servicio diferenciado no publica el horario de atención.			
2.1.5. Los profesionales no promueven el acceso del servicio diferenciado a los y las adolescentes.			
2.1.6. No han diseñado sistemas de citas para reducir el tiempo de espera.			

2. ATENCION INTEGRAL

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
2.2.1. No se realizan visitas domiciliarias al 80% de adolescentes en riesgo.			
2.2.2. El establecimiento de salud xx no cuenta con insumos, materiales y equipos, para las actividades extramurales.			
2.2.3. El establecimiento de salud xx no ha realizado coordinaciones con actores sociales vinculados a los adolescentes.			

III. PROCESOS DE SOPORTE

1. REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y SEGUIMIENTO

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
3.1.1. Referencias y contra referencias de los adolescentes, se realiza con formatos normados por el MINSA.			
3.1.2. Realizar revisión de protocolos para el manejo de adolescentes.			
3.1.3. El servicio no desarrolla mecanismos de coordinación con redes sociales para el apoyo a la referencia, contrarreferencia y seguimiento de adolescentes.			

2. APOYO DIAGNÓSTICO

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
3.2.1. y 3.2.2 El establecimiento no realiza los servicios médicos de apoyo y/o no están oportunamente.			

3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Brecha Identificada	Actividad por realizarse	Corto Plazo 3 meses	Mediano Plazo 6 meses
3.3.1. El servicio no registra, analiza y difunde la información que genera (Servicio diferenciado).			
3.3.2. El servicio no considera el análisis estadístico para la toma de decisiones.			
3.3.3. El servicio no realiza investigación operacional a partir del uso de información.			
3.3.4. El servicio no identifica lecciones aprendidas y experiencias exitosas.			

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN KALLPA

- 2018 Unidos contra la violencia basada en género. Curso de capacitación para operadores de servicios de protección y servicios de justicia. Lima, Kallpa.

EL PERUANO

- 2019 Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 227-2019/MINSA Lima. En <<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-directiva-sanitaria-para-el-uso-del-kit-para-la-resolucion-ministerial-n-227-2019minsa-1747890-3>>
- 2013 Ley N° 30076. Ley que modifica el Código Penal, Código procesal penal, Código de ejecución penal y el Código de los niños y adolescentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana. En <<http://www.pcm.gob.pe/seguridadciudadana/wp-content/uploads/2013/08/Ley-30076-Ley-de-combate-contra-la-inseguridad-ciudadana.pdf>>

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER

- 2018 Guía para profesionales ante chicas adolescentes que sufren violencia de género: saber mirar, saber acoger, saber acompañar.

MINISTERIO DE SALUD

- 2007 Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. En <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1253_PROM47.pdf>
- 2004 guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima. En <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf>.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

- 2011 Manual de capacitación para mujeres: Derecho a una vida libre de violencia, derechos sexuales y derechos reproductivos.
- 2007 Guía de capacitación: Construyendo una vida sin violencia. Lima.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS Y DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO.

- 2014 Guía de Capacitación para mejorar el desempeño del personal de salud en la aplicación del enfoque de género, derechos e interculturalidad". Ayacucho.

MUJICA, JARIS; ZEVALLOS, NICOLÁS; VIZCARRA, SOFÍA.

- 2013 Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la amazonía peruana. 1a. ed. Lima, Perú: Promsex, AECID Interarts, Inagruv.

