



Ministerio de Salud
Promoviendo una vida saludable

Dirección General de
Promoción de la Salud



DOCUMENTO TÉCNICO

**MODELO DE ABORDAJE
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
ACCIONES A DESARROLLAR EN EL EJE TEMÁTICO DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

DOCUMENTO TÉCNICO
MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ
ACCIONES A DESARROLLAR EN EL EJE TEMÁTICO DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ÍNDICE

	Pág
PRESENTACIÓN	
CAPÍTULO I	
1.1. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ	
1.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
CAPÍTULO II	
2.1. ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
2.2. DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
CAPÍTULO III	
3.1. ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
3.2. ACCIONES A DESARROLLAR EN LAS ETAPAS DE VIDA	
3.2.1. Sexualidad Saludable en la Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)	
3.2.2. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)	
3.2.3. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)	
3.2.4. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 a más años)	
3.3. ACCIONES A DESARROLLAR EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	
3.3.1. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Familias y Viviendas Saludables	

- 3.3.2. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas
- 3.3.3. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Municipios y Comunidades Saludables
- 3.3.4. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

ANEXOS

ANEXO 01:

INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

La promoción de la salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de *salud como un proceso social*, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales.

La promoción de salud involucra el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud; y al considerar la salud como resultado de un proceso social rompe el paradigma de la medicalización de la salud.

Para el caso de la promoción de la salud sexual y reproductiva, esta se enmarca en los derechos humanos orientados a asegurar su dignidad como persona, en su dimensión individual y social. El derecho a la salud, incluyendo la Salud Sexual y Reproductiva, abarca no solo una atención oportuna y apropiada, sino también los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud con enfoque de equidad, género e interculturalidad.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Es por ello que las **Acciones a desarrollar para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva**, propone un trabajo intersectorial y multisectorial, partiendo de un análisis situacional, para luego determinar las acciones a ejecutarse durante la etapa de vida niño/a, adolescente, adulto hombre y mujer y adulto mayor hombre y mujer, en el contexto familiar, comunitario, educativo y laboral.

La salud integral para todos los peruanos, incluyendo la sexual y reproductiva, es una meta prioritaria en nuestro país. En la búsqueda de este objetivo y en cumplimiento de los compromisos internacionales, del Acuerdo Nacional y de los Lineamientos de Política sectoriales, el Ministerio de Salud norma las políticas para la promoción de la salud sexual y reproductiva diseñando estrategias según escenarios y sujetos de intervención.

Entendiendo esta premisa, la Dirección General de Promoción de la Salud pone a disposición este documento que pretende ser orientador en la implementación de los planes y programas en el sector salud, así como para otras instituciones interesadas en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, proponiendo asimismo la articulación con otros sectores e instituciones a nivel nacional, regional y local.

CAPÍTULO I

1.1. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ

La situación de salud de la mujer depende de múltiples factores, siendo de gran importancia tener en cuenta los determinantes sociales en la salud.

En la etapa reproductiva los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, requieren de un abordaje integral, con enfoque de riesgo, de género, de interculturalidad y de derechos, para ello es fundamental que las instituciones de salud, tengan la capacidad resolutoria de acuerdo a la categorización establecida para que oferten servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades y las expectativas de la población. Asimismo se requiere contar con recursos humanos con competencia técnica y con habilidades y destrezas relacionadas a una atención de calidad, calidez y oportuna.

La mujer en sus diversas etapas de vida presenta problemas biológicos, psicológicos y sociales; así tenemos en la etapa reproductiva:

Fecundidad:

La ENDES continua 2004¹, señala una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer, observando una reducción de 44%, respecto a la misma tasa obtenida en la ENDES 1986.

En el Cuadro N° 1, se observa la disminución de la TGF obtenidas de las últimas cinco encuestas demográficas y salud familiar (ENDES).

Cuadro N° 1
Evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global
Según ENDES 1986-2004

Grupos de edad	ENDES 1986	ENDES 1991-92	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2004
15-19	79	74	75	66	61
20-24	184	200	179	140	113
25-29	199	193	162	134	115
30-34	161	157	140	112	108
35-39	122	109	99	79	66
40-44	64	47	44	32	19
45-49	14	14	7	6	3
Tasa global	4.3	4.0	3.5	2.9	2.4

Nota: Tasas para los tres años que precedieron cada encuesta.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, 2001. p. 49. Actualizada al ENDES continua 2004. p. 17)

¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, 2001. p. 49. (Actualización de datos con el Informe Preliminar ENDES Continua 2004, p. 7).

El nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia (INEI, 2001).

La TGF en el país sería de 1.5 hijos en promedio por mujer si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. La tasa global observada –como se muestra en el cuadro N° 1 - es de 2.4 hijos en promedio por mujer, un hijo más que los deseados, es decir un 60 % más alta que la *tasa global de fecundidad deseada*. En la ENDES 2000 la tasa global de fecundidad deseada fue de 1.8 hijos en promedio por mujer.

Atención Prenatal y Parto

Según ENDES continua 2004, el 91 % de las mujeres, en el embarazo del nacimiento más reciente, recibieron atención prenatal de profesionales de la salud: médicos, obstetras y enfermeras. La brecha urbano/rural ha sido acortada de manera importante (97% en zona urbana y 82% en zona rural respectivamente). El 18% en el área rural no está cubierto y en un 8% a nivel nacional. En la Selva, el 79 % de las mujeres reciben atención prenatal por profesionales de la salud, en comparación con el 99 % en Lima Metropolitana.

Las diferencias más importantes se presentan según el nivel educativo de las mujeres, puesto que la atención prenatal por profesionales cubre al 77 % de las mujeres sin educación y llega al 98 % entre las mujeres con educación superior.

El 70 % de los **partos** fueron **institucionales**, con diferencias significativas sólo para las mujeres de mayor paridad (29%) y las mujeres sin educación (25%). El 65% de los partos ocurrieron en establecimientos del sector público, lo cual significa que del total de partos en establecimientos de salud el 92% corresponde al sector público. Al igual que para la atención del parto por profesionales de la salud, los menores niveles de partos institucionales se encuentran en la Sierra (50%) y en el área rural (44%)².

En cuanto al consumo de **suplemento de hierro** la ENDES continua 2004, reporta el 65% de consumo en mujeres gestantes con nacimiento más reciente, esta cifra disminuye en mujeres sin educación a un 46%.

Fecundidad y embarazo en Adolescentes

El 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (10.7%) o están gestando por primera vez (2.3%) (INEI, 2000). Las tasas de fecundidad de adolescentes se han mantenido relativamente estables y han sufrido una disminución mucho menor que la TGF.

Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se ubican en las zonas rurales y entre las que tiene menor nivel de educación.³

En un análisis de la ENDES, Raguz, (2002)⁴, evidenció que un 64% de las adolescentes gestantes no deseaba esa gestación. Asimismo la ENDES 2000 evidenció que sólo un 25% de las adolescentes de 15 a 19 años desean por lo menos ser madres alguna vez, siendo el número ideal de uno a dos hijos. El embarazo no deseado caracteriza a la mayoría de adolescentes gestantes, sin diferencia educativas, ni urbano-rurales (Raguz 2002).

Entre las principales razones por las que se embarazan las adolescentes diferentes estudios aportan datos, Quintana & Vásquez Del Aguila (1999), Cáceres (1999)⁵ y

² Ibíd. p. 19

³ Ibíd. p. 56

⁴ CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTÁN; MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003. p. 57

⁵ CACERES, Carlos. La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio. Lima, REDESS jóvenes, 1999. p. 111.

Vargas, Vargas y Pérez Luna, (2000)⁶ refieren que las causas principales son los valores familiares trastocados y la crisis social generalizada. Se menciona como factores el abuso sexual, la falta de información tanto de padres como de hijos y la inadecuada comunicación entre ellos.

En el caso del varón se presentan motivaciones ligadas a los mandatos culturales respecto a ser “hombre” y a su propia “masculinidad”, donde él construye su identidad social sometiéndose a pruebas de “valentía” y riesgos y dejando de lado medidas de prevención.

Se señala asimismo que existen dificultades de acceso a métodos anticonceptivos debido a que los adolescentes se inhiben de acudir a los establecimientos de salud por temor de ser censuradas/os por sus padres o por la sociedad. Otros factores señalados son la percepción del futuro como incierto y con escasas posibilidades de desarrollo.

Edad de inicio de la relación sexual

Según la ENDES 2000 el porcentaje de las mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años representó el 8.3%, las que lo hicieron antes de los 18 años el 38.2%, mientras que el 58.2% lo hizo antes de cumplir los 20 años. En el 2000, el 5.1% de las adolescentes entre 15 y 19 años habían tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

Quintana & Vásquez (1999) y Cáceres (1999) al igual que otros estudios encontraron que el patrón de edad de inicio sexual se diferencia de acuerdo al sexo. La edad promedio de inicio sexual era de 15.2 en las mujeres y 14.5 en los varones. Los hombres comienzan su vida sexual antes.

Respecto a la elección de la primera pareja sexual, tanto los estudios de Cáceres, como el de Quintana & Vásquez reportan la presencia de la enamorada o enamorado, fundamentalmente en las mujeres, los varones señalan el inicio sexual con una amiga. Las trabajadoras sexuales casi no son mencionadas entre los adolescentes, pero cobran importancia relativa entre jóvenes adultos.

Las y los adolescente no iniciados sexualmente, al ser preguntados sobre su proyección sobre el inicio sexual señalan dos condiciones: la presencia de un afecto sincero y el deseo de estabilidad.⁷

Una manifestación de la sexualidad que cobra importancia en la adolescencia es la aparición de relaciones de enamoramiento. Entre las mujeres está presente la desilusión y la decepción provocada por las razones poco equitativas en que se desarrollan la relación con los enamorados donde tienen que asumir un rol pasivo y en los varones se encuentra muy presente la prescripción respecto al control y dominio de las emociones debido a la fantasía de que el enamoramiento genera una situación de vulnerabilidad que las mujeres pueden utilizar.

Planificación Familiar y Necesidad Insatisfecha

Los resultados de la ENDES continua 2004⁸ revelan que siete de cada diez mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales al encontrado en la ENDES 2000. Este pequeño incremento correspondió casi en su totalidad a los métodos tradicionales, cuya prevalencia pasó de 18 a 22% entre ambas encuestas; mientras que el uso de métodos modernos se redujo de 50 a 47% entre ambos periodos.

En cuanto al uso de métodos modernos específicos, la inyección continúa siendo el método más utilizado (11%) a pesar que disminuyó cuatro puntos porcentuales respecto a la ENDES 2000. Entre los métodos modernos que disminuyeron el

⁶ VARGAS Rosana, VARGAS Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías Para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redess jóvenes, 2000. p. 47-48.

⁷ Ibíd. p. 146

⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (Informe preliminar). Lima, 2005. p 12.

porcentaje de uso, se encuentra la esterilización femenina que pasó de 12 a 10%, el DIU de 9 a 7% entre el 2000 y el 2004. Sin embargo, el uso del condón se ha incrementado en tres puntos porcentuales al pasar de 6 a 9% en el mismo periodo.

De todos los métodos, ya sean modernos o tradicionales, el ritmo o abstinencia periódica continúa siendo el más utilizado. Es significativo su uso en mujeres que tienen entre 25 y 44 años de edad, en las que tienen menor nivel educativo, y entre las que tienen uno, dos, cuatro o más hijos.

Según la ENDES continua 2004, la prevalencia anticonceptiva por edad es menor entre las mujeres de 15 a 19 años (57%). Según Ragúz, es preocupante que el segundo método más usado en adolescentes sea el ritmo especialmente cuando un 77% de ellas no es capaz de identificar su ciclo fértil. Las altas tasas de discontinuidad de métodos se deben no solo a efectos colaterales sino también a embarazos no deseados, en la mayoría de casos.

La ENDES continua 2004, señala que el 9% de las mujeres casadas o unidas estarían con **necesidad insatisfecha de planificación familiar** (10% en el año 2000). Cabe resaltar, que la necesidad insatisfecha es mayor entre las mujeres más jóvenes, 17% de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 5% entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

Mortalidad Materna y Aborto

Según la ENDES 2000, la tasa promedio nacional de mortalidad materna es de 185 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.

Para el año 2000, la tasa entre las mujeres de 15 a 19 años era de 308 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior en 60% a la tasa promedio nacional.

Según Ferrando (2004)⁹ el porcentaje de muertes maternas que corresponden a adolescentes luego de haber descendido en los años 2000 y 2001 (11.9% y 11.1% respectivamente) volvió a incrementarse los años 2002 y 2003 (14.5% y 15.7% respectivamente).

Cuadro N° 2
Adolescentes (%) que mueren por causas maternas
Años: 1997- 2003(*)

Año	Muertes Maternas	% adolescentes
1997	769	15.6
1998	739	15.6
1999	691	13.3
2000	655	11.9
2001	656	11.1
2002	567	14.5
2003	550	15.7

FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point hecha el día 28 de Mayo 2004.

⁹ FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point hecha el día 28 de Mayo 2004.

Según el Ministerio de Salud en el año 1998 el 11% de las muertes maternas se debió a aborto y el 88 % a causas obstétricas directas (hemorragias en el embarazo y en el parto, infecciones en el aparato genitourinario, parto obstruido o complicaciones en el puerperio) correspondiendo el mayor número de casos (51%) a mujeres en edades entre 15 y 24 años (CLADEM 2002).

Entre las causas asociadas a la mortalidad materna, Anderson y col. (2000)¹⁰ en un estudio de muerte materna en zonas rurales del país, señala la escasa valoración de las mujeres en sus entornos familiares y comunales a lo cual se ha aunado la intensificación de su trabajo debido a migraciones laborales forzosas de la familia, convirtiéndose el puerperio en peligroso debido a la escasez de mano de obra en los núcleos familiares, y debido a que el poder de decisión sobre los recursos del grupo familiar que se requieren utilizar en caso de riesgo obstétrico, no está en manos del esposo (quien generalmente valora más a la mujer) sino de la mujer o varón mayor de la familia.

Otro elemento que según Jeanine Anderson está presente en las muertes maternas es la “aversión al riesgo” y el acceso a dinero efectivo. El primero se explica en economías de escasez e inseguridad donde se teme una inversión sin que se confirme indiscutiblemente un riesgo real de muerte de la mujer embarazada.

Los bajos niveles en el uso de servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas en el país son también un reflejo de las barreras étnicas y culturales, combinadas con los bajos niveles de educación femenina, según la investigadora antes mencionada.

ITS /VIH SIDA

En el país de un total de 16,917 casos de SIDA notificados hasta el 31 de Mayo de 2005 -casos acumulados 1983-2004 - al Ministerio de Salud, el 1% de ellos fueron transmitidos por vía parenteral, un 2% por vía vertical y un 97% por vía sexual.¹¹

Al 2003 se notificaron 1,071 casos de SIDA y 2,395 casos de VIH. A Mayo del 2005 se han notificado 699 casos de SIDA y 1,837 casos de VIH.

La razón de la enfermedad Hombre/Mujer se está acortando, así en el año 1990 la razón fue de 11.3 a 1 y en el año 2004 la razón se estimó en 3.32 a 1.

Según datos aportados por el MINSA, en el 2001, la mayoría de personas con SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes (70% del total de casos corresponden a personas entre 20 y 39 años).

La conducta sexual individual y el **uso de condones** son determinantes claves del nivel de riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En la ENDES continua 2004 se hicieron preguntas sobre uso de condón a las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

El uso del condón está poco extendido entre las mujeres pues tan solo el 9% de éstas lo usaron en su última relación sexual con su esposo o compañero. Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 15-19 años (10%) y aquéllas que se encuentran en el tramo reproductivo de 30-39 años (11%); así como en las mujeres con residencia en el área urbana (11%) y entre éstas las que residen en Lima Metropolitana (12%) y las que tienen algún año de educación superior (16%)¹².

Violencia contra la mujer

En el año 1998, la Policía Nacional registró 4,677 casos de violación sexual, y en 1999 la cifra descendió ligeramente a 4,126. En 1,999, un 35% de los casos ocurrió en Lima

¹⁰ ANDERSON, Jeanine y col. Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima, 2000.

¹¹ Oficina General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima, Mayo, 2005.

¹² *Ibíd.* P.

y el 17% en la costa norte del país, 11% en la sierra sur, 10% en la selva y 6% en la sierra central (CLADEM 2002).

Durante el primer semestre del año 2003, el Instituto de Medicina Legal realizó 4.996 atenciones en el servicio de Obstetricia y Sexología Forense a mujeres y niñas víctimas de delitos contra la libertad sexual (violación, seducción y actos contra el pudor). El grupo etéreo femenino más afectado por este tipo de violencia lo conformaron las mujeres entre los 6 y 17 años, representando el 76% (3.809) del total de víctimas mujeres afectadas. Según estas cifras, durante el primer semestre del 2003 se atendieron a 27 casos de mujeres afectadas al día, más de 1 mujer víctima por hora.

La ENDES continua 2004, señala que la forma más común de violencia reciente son los empujones, sacudidas o le tiraron con algo, informada por el 11% de las mujeres alguna vez unidas; y las bofetadas o retorcidas de brazo (8%), situaciones que se observan especialmente entre las mujeres que residen en la Sierra; tienen educación secundaria; y las de menor edad (15 -24 años).

Con relación a si hubo episodios de violencia alguna vez durante la relación con la pareja, se puede apreciar que más de la tercera parte de las mujeres (35%), informaron haber sufrido en algún momento empujones, sacudidas o les tiraron con algo por parte de la pareja; y el 8% han sido alguna vez abofeteadas o les retorcieron el brazo.

El 10% informaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales en algún momento, con considerables diferencias para los grupos estudiados: el 17% entre las mujeres sin educación, las residentes en la Sierra (12%) y aquellas mujeres con edades de 40 y más años (13%).

Si bien el 24% de mujeres reportaron golpes con puño u objeto alguna vez, existen también algunas diferencias en este caso. El tipo de violencia es mayor en mujeres con edades entre 35 a 39 años, las que residen en la Selva; y las que tienen educación primaria.¹³

Según el estudio multicéntrico de la OMS¹⁴ sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres, en la ciudad de Lima el 51% de las mujeres entrevistadas, actualmente con pareja o que anteriormente tuvieron pareja, reporta haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja. En el departamento del Cusco esta prevalencia se eleva al 68.9%.

El mayor peso relativo se ubica en la violencia física con el 48.4% y 60.9% de mujeres violentadas en Lima y Cusco respectivamente. La violencia sexual perpetrada por la pareja ha sido experimentada alguna vez por casi la mitad de las mujeres en edad fértil (46.6%) del departamento del Cusco y casi la cuarta parte de las mujeres en Lima (22.5%).

Según estudios realizados el año 2000 en Tacna, y en el año 2002 en el Callao, sobre la influencia de la violencia doméstica en las complicaciones del embarazo, Rojo¹⁵ concluyó que el mayor número de mujeres (75% y 80% respectivamente) había experimentado violencia psicológica, seguida de violencia física (11.7% y 36% respectivamente) y finalmente también se registró violencia sexual (4.4% en el primer estudio y 33.3% en el segundo). Las mujeres que sufrieron estos cuatro tipos de violencia durante el embarazo presentaron complicaciones gastrointestinales, infecciones vaginales, síndromes nerviosos, pre-eclampsia y amenaza de aborto entre otros.

Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60,6% que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como

¹³ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (Informe preliminar). Lima, 2005. p 29.

¹⁴ GUEZMES, Ana; PALOMINO, Nancy y RAMOS, Miguel. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú Estudio Multicéntrico de la OMS.CMP Flora Tristán; Universidad Peruana Cayetano Heredia; OMS. Lima, 2002

¹⁵ ROJO, Gina. Influencia de la Violencia de la pareja en el embarazo no planificado, Hospital de Calana, Tacna 2000. Influencia de la Violencia de la pareja en las complicaciones del embarazo, C.S. Callao, 2002.

una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.¹⁶

La hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, dedicada a la violencia doméstica durante el embarazo cita la investigación "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome." *Journal of the American Medical Association*, 267:1992, dónde se señala que entre las principales consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo se encuentran las infecciones vaginales, sangrado vaginal, complicaciones durante el parto, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, ruptura de membranas, infección uterina, entre otras.

Según una investigación realizada por DEMUS¹⁷ un dato sumamente importante es aquel referido a la relación que existe entre el agresor y la mujer víctima: por lo general el agresor sí se conoce con su víctima y sólo en el 28.1% de los casos aquél resulta desconocido. Las relaciones agresor-víctima más comunes son las de vecindad (21.9%) y parentesco (cuñado, tío, padre, padrastro) (15.6%).

Para el año 2005, el MINSA ha registrado 34,561 atenciones a nivel nacional por casos de Síndrome de Maltrato, correspondiendo a abuso físico a esposa: 9.74%; abuso físico a niño y bebé: 3.49%; abuso sexual: 9.20%; abuso psicológico: 37.98%; otros síndromes de maltrato forma mixta: 121.42%; riesgo de abuso físico/emocional/sexual: 0.27%, otros síndromes de maltrato forma mixta: 11.42% y síndrome de maltrato no especificado: 15.97%¹⁸

Del total de atenciones realizadas por el MINSA en el 2005, el 73.98% corresponden a mujeres. Entre las edades de 10 a 19 años, el 69.40% son mujeres y entre el grupo etáreo de 20 a 59 años, 87.79% corresponden a mujeres.

La violencia contra la mujer, trae consecuencias en su salud reproductiva, manifestándose en embarazo no deseado, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica entre otras.

1.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva es un derecho inclusivo y amplio que no sólo abarca la atención de los principales factores de riesgo, sino también acciones de intervención referida a género, educación, cultura, estilos de vida, acceso a servicios de salud, como determinantes de la salud sexual y reproductiva.

Las diferencias de género en el acceso a y control de los recursos, en el poder y en la toma de decisiones, y en los roles y responsabilidades, tienen implicancias para el status de las mujeres y los varones. Éstas tienen por resultado: diferente riesgo y vulnerabilidad a infecciones y enfermedades; diferentes percepciones de las necesidades de salud y de las formas apropiadas de tratamiento; diferente acceso a los servicios de salud; diferentes consecuencias o resultados de una enfermedad; y diferentes consecuencias sociales como producto de los problemas de salud.

En los roles de género, se han identificado los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a

¹⁶ "Battering and Pregnancy." *Midwifery Today* 19:1998.

¹⁷ VARGAS, Mery, SILES, Abraham, ACEVEDO, Juan Francisco, SIBILE, Patricia. Actuación de la Policía Nacional y el Instituto Legal frente a las agresiones sexuales a mujeres. En CACERES, Carlos (ed). Nuevos retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. Lima, Redess Jóvenes, 1999.p. 138-139.

¹⁸ Oficina General de Estadística e Informática MINSA.

grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo (Minsa 2004)¹⁹. Podemos identificar tres tipos de roles principales:

- **Productivo:** Incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o especies. Generalmente aparece como el rol principal del hombre, y a pesar de la creciente incorporación de la mujer en el mercado de trabajo se considera un rol secundario para ella. Este rol en el caso de las mujeres se lleva a cabo en peores condiciones, tiene menos reconocimiento, prestigio y les otorga menos poder de decisión y autonomía.
- **Reproductivo:** Incluye la reproducción biológica y aquellas actividades necesarias para garantizar el bienestar familiar. Está relacionado con las tareas domésticas vinculadas con la protección, cuidado y crianza de los hijos.
- **Comunitario:** Asociado con las actividades y tareas que aporten al desarrollo comunitario. Generalmente lo realizan las mujeres como extensión de su rol productivo, asegurando el mantenimiento y la provisión de recursos de consumo colectivo, como el agua, la educación y otros.

Es por ello que la iniciativa de transversalización de la perspectiva de género no excluye iniciativas específicas para mujeres. Esas iniciativas positivas son necesarias y complementarias de una estrategia de transversalización, que requiere:

- Distribuir los recursos, oportunidades y beneficios del proceso de transversalización equitativamente entre ambos sexos.
- Incluir los intereses, las necesidades, experiencias y visiones tanto de las mujeres como de los varones en la definición de los abordajes, las políticas y los programas, y en la determinación de la agenda general.

En este sentido el Ministerio de Salud (2004)²⁰ considera que la **sexualidad y la reproducción** son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. La salud reproductiva esta referida tanto a hombres como a mujeres e implica el derecho a controlar sus cuerpos, criar los hijos que deseen y permanecer libres de enfermedades.

La sexualidad se encuentra condicionada por la sociedad y la cultura particular en la que se desarrolla y por la forma particular en que se va integrando el conjunto de experiencias vitales por las que atraviesan las personas.

Los derechos sexuales y reproductivos se orientan al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales sanas y equitativas, permiten que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole a los seres humanos el disfrute de una sexualidad sana segura y con el menor riesgo posible.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte inseparable del derecho a la salud y los derechos humanos, abarcan no sólo la atención en salud oportuna y apropiada sino los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud. Estos derechos como parte del derecho a la salud están protegidos por la legislación internacional y documentos de las Naciones Unidas.

Entre los principales derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres tanto adultas/os, adultas/os mayores, como adolescentes y jóvenes podemos citar los siguientes:

- Derecho a recibir información, educación y orientación oportuna de calidad sobre el propio cuerpo y la sexualidad, incluyendo temas como métodos anticonceptivos, riesgo de embarazo, aborto, ITS y VIH SIDA.

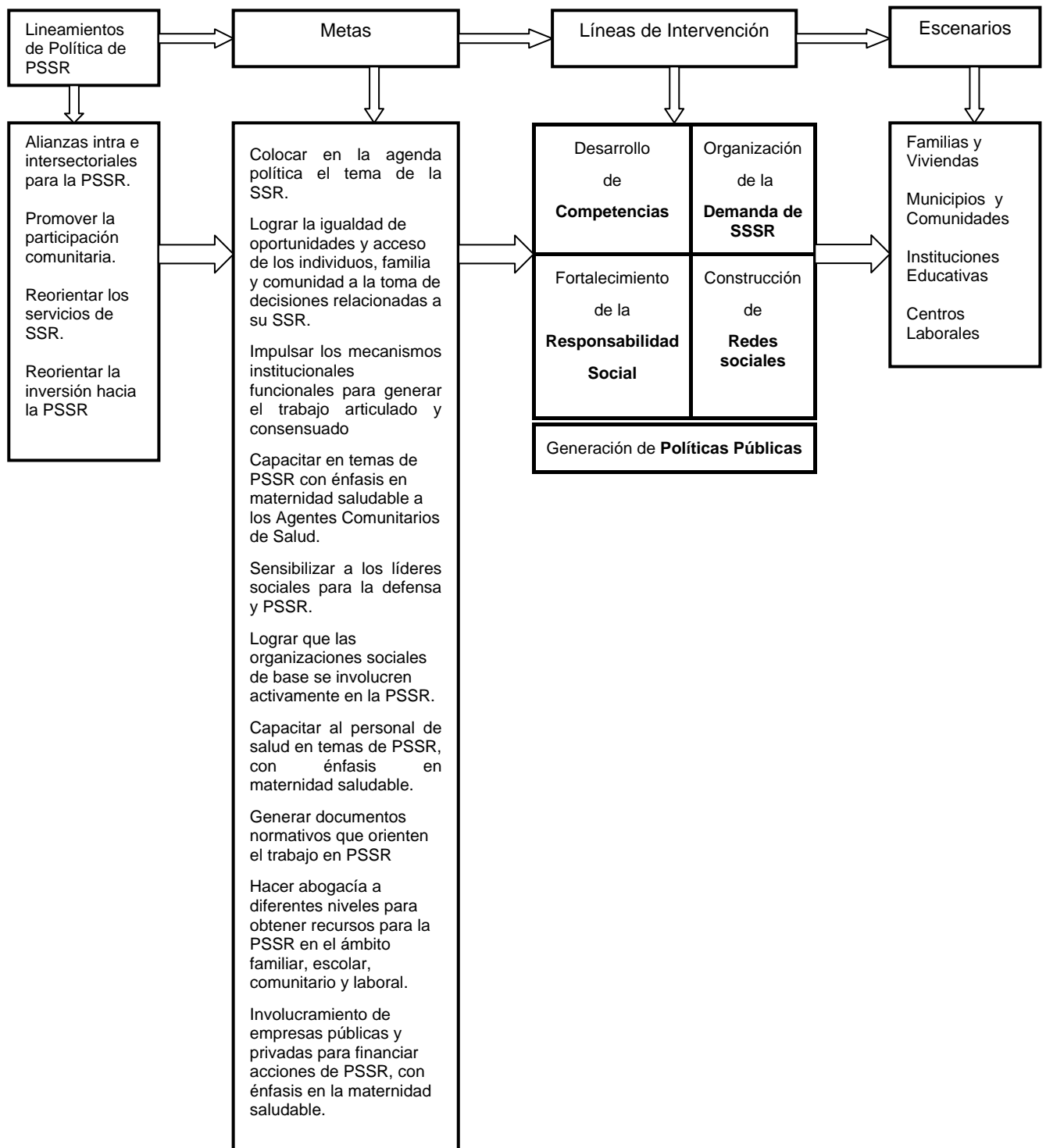
¹⁹ Ibid. p. 5

²⁰ MINSA/DGSP/Dirección Ejecutiva de Atención Integral. Guías Nacionales de Atención de la salud sexual y reproductiva. Lima, 2004. p.1

Documento Técnico
Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú
Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva

- Derecho a una educación formal que incluya temas de salud sexual y reproductiva así como los derechos que le asisten y sus responsabilidades.
- Derecho a explorar el propio cuerpo y sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa u otros impedimentos.
- Derecho a ser libre para elegir la propia pareja y decidir tener o no tener relaciones sexuales sin presiones, manipulación, discriminación o violencia.
- Derecho a expresar la sexualidad en condiciones dignas, placenteras, seguras sin ningún tipo de discriminación por la orientación sexual.
- Derecho a una sexualidad libre y placentera independiente de la reproducción y el estado civil.
- Derecho a la información, acceso y elección voluntaria de métodos anticonceptivos seguros que protejan de las ITS incluido el VIH SIDA y del embarazo no deseado.
- Derecho a vivir una maternidad y paternidad voluntaria y sana, decidiendo libre y responsablemente si tener o no hijos, cuándo y cuántos tener.
- Derecho a compartir la responsabilidad del control de la reproducción entre hombres y mujeres, en condiciones de equidad que posibiliten la toma de decisiones libres e informadas.
- Derecho a acceder a una atención de salud de calidad de bajo costo, donde se resuelvan las necesidades, se brinde un trato respetuoso y se guarde confidencialidad.
- Derecho a participar de manera individual u organizada en la planificación y ejecución de programas y formulación de políticas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la atención de calidad con enfoque de equidad, género e interculturalidad.

Marco estratégico para el desarrollo de intervenciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú



CAPÍTULO II

2.1. ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para implementar las acciones del eje temático de Salud Sexual y Reproductiva será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, los cuales proponen romper paradigmas vigentes, generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana.

Basándonos en los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y en el Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud, proponemos las siguientes orientaciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva:

1. Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual.
 - Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, colocando en la agenda pública de los decisores locales y regionales, los diferentes aspectos que incluye la promoción de salud sexual y reproductiva.
 - Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de identificación de problemas y toma de decisiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva.
 - Impulsar los mecanismos institucionales y funcionales al interior del sector, en sus diferentes niveles, para generar el trabajo articulado y consensuado respecto a la implementación de acciones que contribuyan a la salud sexual y reproductiva.
2. Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, reconociendo y revalorando el rol de los agentes comunitarios y la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.
 - Capacitar en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable, a los Agentes Comunitarios de Salud.
 - Sensibilizar a los líderes sociales para la defensa y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.
 - Lograr que las organizaciones sociales de base se involucren activamente en la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.
3. Reorientar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extra mural.
 - Capacitar al personal de salud en temas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en maternidad saludable.
 - Generar documentos normativos que orienten el trabajo intra y extra mural para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional.
4. Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.
 - Desarrollar acciones de abogacía a nivel local, regional y nacional que logren obtener recursos para el trabajo en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

- Promover el involucramiento de las empresas públicas y privadas que operan a nivel regional y local a comprometer presupuestos para las acciones de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en la maternidad saludable.
- Impulsar el soporte de procesos políticos traducidos en la forma de asignación de recursos destinados a la Promoción de la salud sexual y reproductiva, en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral.

2.2. DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para la implementación de acciones en el eje temático de salud sexual se tomarán en cuenta las siguientes definiciones operativas:

Atención prenatal: es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

Cultura: en el concepto de cultura convergen la dimensión cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos, y creencias adquiridas a través del aprendizaje; y la dimensión material, que es manifestación de la simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social. La cultura es una entidad compleja y dinámica que se adquiere, transforma y transmite a través del lenguaje y la socialización.

Derechos sexuales: se refiere el derecho humano de la mujer y del hombre a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones sin verse sujeto/a a coerción, discriminación y violencia.

Discriminación de género: se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impiden que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

Estimulación prenatal: es el conjunto de intervenciones organizadas dirigidas a la madre gestante que se realizan con la participación activa del padre, la familia y la comunidad con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, emocional, sensorial y social de la persona, desde la concepción hasta el nacimiento íntimamente relacionado con la salud y bienestar integral de la madre. Las intervenciones de estimulación prenatal, deben contribuir a disminuir las situaciones de riesgo biológico, psicológico y social que podrían alterar el proceso de desarrollo y maduración del nuevo ser.

Estimulación temprana: es el conjunto de oportunidades ambientales e intervenciones organizadas dirigidas a la población infantil hasta los cinco años, a la familia y a la comunidad con el objetivo de atender de manera oportuna y adecuada las necesidades de desarrollo de esta etapa de la vida así como de potenciar las capacidades, habilidades y actitudes de la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, especialmente a los que se encuentran en riesgo biológico y psicosocial.

Equidad de género: significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres.

Género:²¹ se refiere a las construcciones sociales psicológicas, culturales e históricas que se asignan a hombres y mujeres en una sociedad y tiempo determinado. Estas

²¹ *Ibíd.* p. 4

características también incluyen los prejuicios y estereotipos, que se tienen de hombres y mujeres.”

En ese sentido género alude a construcciones culturales y subjetivas que se encuentran asociadas a ser mujer y hombre y a las relaciones que se establecen entre ambos.

Identidad de género: se refiere a aquel aspecto de la identidad integral que alude al modo en que cada uno percibe su propia individualidad como varón o mujer²². No es determinada solamente por el sexo biológico, sino por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, costumbres y mandatos culturales atribuidos a cierto género. La masculinidad y la femineidad son entonces independientes del sexo biológico, mientras la identidad sexual se asocia más a este aspecto.

Igualdad de género: significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales.

Infección por VIH: infección producida por el Virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Su amplia diseminación y el rápido crecimiento del número de personas infectadas se explica primariamente porque la principal vía de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), involucra a la conducta humana más primitiva y más difícil de modificar en el corto o mediano plazo: la conducta sexual.

Interculturalidad: implica la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra. Se convierte así en principio orientador de la vivencia personal en el plano individual y el principio rector de los procesos sociales en el plano axiológico social.

La interculturalidad como principio rector orienta también procesos sociales que intentan construir sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en franco combate contra todas las formas de discriminación y desigualdad social reconociendo las relaciones equitativas entre los miembros de universos culturales distintitos.

Maternidad Saludable: es un estado donde interactúan en forma dinámica armónica y equilibrada todos los factores condicionantes de la salud materna, para lograr que las mujeres vivan su maternidad en forma fisiológica, saludable y feliz con un recién nacido sano.

Roles de género: son los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo (Minsa 2004)²³. Podemos identificar tres tipos de roles principales: productivo, reproductivo y comunitario.

Salud Reproductiva:²⁴ se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuando, como y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad

²² Ibid. p. 77

²³ Ibid. p. 5

²⁴ Ibid. p. 1

entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Salud Sexual: es la capacidad de disfrutar y expresar nuestra sexualidad sin riesgos de infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

Sexo: es la diferencia biológica entre varones y mujeres. Las personas nacen con un sexo, el sexo es universal.²⁵

Sexualidad:²⁶ “la sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las persona, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las diferentes personas para expresarse, y relacionarse con su entorno social y constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades”.

Parto vertical: es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas de lo expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo el traumatismo del recién nacido.

Transversalización de la perspectiva de género: se refiere a las estrategias y los procesos que pueden cambiar las formas en que operan las instituciones en relación con el poder y los privilegios asociados a lo que hacen los hombres y las mujeres o lo que se hace para ellos/as. Usamos la palabra “transversalización” para indicar que las cuestiones de inequidad de género deben tratarse en cada uno de los aspectos de la estructura de la organización y los programas, y no como una actividad adicional aislada. En otras palabras, la inequidad de género debe ser tratada transversalmente en la organización y en los programas. La frase completa debería ser: “transversalización de la perspectiva de género en las estructuras institucionales y en los programas”.

Violencia contra la mujer: es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer.

CAPÍTULO III

3.1. ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las acciones para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva se implementarán en el espacio intramural y extramural de los servicios de salud. La intervención de la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva estará dada según el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, utilizando las estrategias, incorporando los enfoques y realizando acciones por etapas de vida y escenarios.

El rol del responsable de promoción de la salud será de articulador y facilitador de procesos que aborden principalmente los determinantes que conduzcan al logro de la salud sexual y reproductiva de la población.

²⁵ Ibid p.4

²⁶ Ibid. p. 1

3.2. ACCIONES A DESARROLLAR EN LAS ETAPAS DE VIDA

3.2.1. Salud Sexual en la Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

La sexualidad forma parte de la vida de las personas desde el inicio hasta el final de su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social.

La sexualidad tiene una naturaleza subjetiva y social y en ella juega un importante papel la afectividad, tanto por su intensidad como por su profunda significación. Se puede afirmar entonces que la sexualidad se va configurando a partir de la interacción del sujeto con otras personas que actúan como mediadores entre el individuo y la cultura de la sexualidad.

Según la teoría psicoanalítica²⁷ la sexualidad infantil y el desarrollo afectivo atraviesan una serie de etapas en las cuales se experimenta placer en diferentes zonas del cuerpo.

La primera de estas etapas del desarrollo psicosexual está caracterizada por la recepción pasiva y dependiente del placer. La principal actividad es la succión y en esta primera etapa es fundamental la relación con la madre, que es la persona más importante en la vida del bebé, los cuidados amorosos que ella pueda dispensarle, las diferentes expresiones de afecto y ternura, permitirán que la o el bebé constituya una base de confianza y seguridad que lo acompañarán durante toda la vida.

Con el inicio del segundo año de vida aproximadamente, se empieza otra etapa en la que emergen dos conductas importantes: la marcha y el lenguaje. La niña o niño encuentra placentero el momento en que aprende a controlar sus esfínteres. Mientras tanto la dependencia ha disminuido, la obstinación ha aumentado así como el egoísmo y la dificultad para compartir.

Al alcanzar mayor independencia del adulto, comienza a descubrir las relaciones entre los objetos, sus funciones y empieza a reconocerse a sí mismo por sus aspectos externos.

Entre los tres y los cuatro años la niña o niño que se ha ido adaptando poco a poco a los deseos de los padres y a las exigencias de la realidad, inaugura otra etapa en la que alcanza importancia el conocimiento de las diferencias sexuales, la exploración del propio sexo y el tocamiento de los genitales así como una relación muy estrecha con el padre del sexo opuesto y por momentos celos y rivalidad con el padre del mismo sexo. El reconocimiento de sí mismo como seres sexuados se logra en este periodo en el que además empiezan a identificarse con los roles que realizan los adultos con su mismo sexo.

Según la teoría psicoanalítica posteriormente se inicia otra etapa que coincide con la escolaridad y donde se privilegia la actividad intelectual y donde los impulsos sexuales no se manifiestan de manera directa.

Partiendo de que la sexualidad es un fenómeno sociocultural diverso en el tiempo y en el espacio vamos a entender que la sexualidad se construye socialmente, debemos otorgar importancia a diversos agentes sociales que intervienen en la tarea de formación de la misma, la familia, los profesores y personas significativas. Las actitudes y mensajes que la niña o niño reciban frente a sus diversas expresiones sexuales, irán cargando de diferentes significados a las mismas.

Desde una lectura de género comprenderemos los procesos mediante los cuales niñas y niños construyen su ser masculino y femenino desde que nacen en cada cultura. Lo que se les permite, prohíbe, el estímulo a determinadas actividades y no a otras, el tipo de juego y juguetes que se estimula según sean niñas o niños.

²⁷ ALEXANDER, Franz y ROSS Helen (edit). *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires, Paidós, 1978.

Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son

- Reforzar su identidad y la afectividad como persona sujeto de derechos, a través de la estimulación prenatal.
- Impulsar las actividades de estimulación prenatal y estimulación temprana de los hijos hombres y mujeres hasta los 5 años, en los diferentes escenarios que la legislación contempla.
- Promover el conocimiento, valoración y aceptación de la niña y niño fomentado el desarrollo de su autoestima como persona sexuada, poniendo en práctica diferentes tipos de actividades acordes a sus capacidades.
- Fomentar habilidades psicosociales: toma de decisiones, comunicación asertiva y negociación, como base de conductas sexuales responsables.
- Promover valores de respeto, tolerancia, equidad, responsabilidad y solidaridad.
- Establecer una comunicación clara, abierta y horizontal con las niñas y niños.
- Favorecer en las niñas y niños actitudes de confianza que faciliten la búsqueda de información, comunicación y apoyo en fuentes responsables e informadas.
- Favorecer el desarrollo socio-afectivo de las niñas y niños promoviendo la formación de valores y actitudes positivas en torno a su sexualidad.
- Proveer información clara, sencilla y oportuna sobre su cuerpo y sexualidad, de acuerdo a las diferentes necesidades de aprendizaje de las niñas/os de acuerdo a su edad y las diferentes etapas de su desarrollo psicosexual.
- Fomentar en las niñas y niños la valoración, cuidado e higiene del cuerpo.
- Fomentar en las niñas y niños la aceptación y valoración de los aportes que pueden brindarles las y los adolescentes, adultas/os y adultas/os mayores y fomentar una relación horizontal entre ellas/os.
- Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la formación de la personalidad y el desarrollo psicosexual de niñas y niños.
- Fomentar el establecimiento de familias con modelos adultos afectivos, coherentes y que establezcan límites apropiados.
- Fomentar en las y los adultos la aceptación de diferentes conductas sexuales tales como: estimulación de zonas erógenas, autoerotismo, juegos sexuales, curiosidad sexual, como parte normal y saludable del desarrollo psicosexual de las niñas y niños.
- Favorecer conductas de protección en niñas y niños frente a la violencia, el abuso sexual y la prostitución infantil.
- Desarrollar la capacidad de respetar y promover la equidad entre roles y funciones asignados a niñas y niños.
- Favorecer el cuestionamiento de estereotipos de género: feminidad asociada a pasividad y masculinidad asociada a impulsividad, y represión de sentimientos.
- Impulsar la posibilidad de que niñas y niños puedan desarrollar todas sus potencialidades físicas, emocionales e intelectuales, promoviendo el acceso a todo tipo de juegos y juguetes estimulando la ternura, la protección, la destreza física y la asertividad.
- Impulsar las distribuciones equitativas a niñas y niños de responsabilidades y tareas.
- Promover la información y el ejercicio de los derechos de la niña y niño.

- Promover un adecuado manejo del tiempo libre.
- Fomentar adecuados hábitos de nutrición y práctica del deporte.

3.2.2. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adolescente (de 10 a 19 años)

La adolescencia es una etapa de la vida en que las vivencias sexuales cobran especial importancia, debido principalmente a los cambios físicos y psíquicos que se producen así como por los mandatos y prescripciones que perciben sobre el desempeño, expresión y represión de su sexualidad.

Varios son los logros que deben consolidarse en esta etapa, desde el descubrimiento de un cuerpo distinto, pero a su vez conocido, afirmar su individuación como un ser autónomo e independiente, proyectar el futuro, desarrollar un sistema de valores apropiados así como desarrollar una identidad sexual.

La sexualidad en esta etapa, está caracterizada por la subordinación de todas las excitaciones sexuales a la esfera genital y la orientación del impulso a un objeto sexual concreto.

Entre las principales manifestaciones de la sexualidad adolescente, podemos identificar la curiosidad sexual asociada a los diferentes cambios que se producen en su cuerpo, las fantasías sexuales, el autoerotismo o masturbación, la atracción sexual y el enamoramiento.

En esta etapa es que los adolescentes toman distancia de sus padres y los adultos, en busca de su independencia, los pares se convierten en la mejor fuente de soporte y ayuda, ya que permiten al adolescente sentir apoyo, organizar su vida, recibir y dar afecto y sentirse acompañado. Ellas y ellos satisfacen la necesidad de filiación con otros que comparten la misma experiencia y proporciona un medio para integrar y armonizar dicotomías fruto de la crisis por la que las y los adolescentes atraviesan.

Si bien es cierto que la identidad de género se inicia desde el momento del nacimiento, una etapa muy importante en este proceso es la adolescencia, pues en esta etapa la tarea central del desarrollo es la consolidación y afirmación de la identidad.

Según Quintana y Vásquez²⁸ la y el adolescente se ven exigidos a definir su identidad de género, en un contexto social cargado de significados sociales y culturales que dan rumbo y en muchos casos parametran sus definiciones. La “trasgresión a los imperativos sociales” recibe todo el peso de la sanción social.

Los mandatos culturales de exaltación de la sexualidad en el varón y de su represión en la mujer, lleva a las y los adolescentes a utilizar el recurso de la reserva y el alarde para poder enfrentar estos mandatos, manteniendo aún su sexualidad en el ámbito de lo prohibido, sin acceder por lo tanto a una práctica sexual placentera y responsable.

Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son

- Promover el conocimiento, valoración y aceptación de la y el adolescente, ayudándola/o a reconocer sus capacidades y limitaciones, fomentado el desarrollo de su autoestima como persona sexualada.
- Fomentar habilidades para la vida: toma de decisiones, comunicación asertiva y negociación, como base de conductas sexuales responsables.
- Fortalecer la toma de decisiones de las y los adolescentes, reforzando la capacidad de definir los problemas vinculados a su sexualidad y por la mejor decisión para luego aplicarla cabalmente.
- Estimular que la y el adolescente aprenda a comunicarse de manera asertiva es decir de forma clara, directa y sin ofender a los demás.

²⁸ *Ibíd.* p. 79.

Documento Técnico
Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú
Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva

- Favorecer que la y el adolescente sea capaz de identificar los criterios y mecanismos de una negociación así como se ejercite en ellos para manejar situaciones de presión vinculados a situaciones en el ejercicio de su sexualidad.
- Promover en ellos valores de respeto, tolerancia, equidad, responsabilidad y solidaridad.
- Favorecer que las y los adolescentes puedan identificar los pasos a seguir en la elaboración de un plan de vida, reconocer las ventajas de su desarrollo y ejercitarse en él.
- Contribuir al desarrollo de sujetos capaces de reconocer prejuicios, así como valores, problemas y desafíos en relación a la sexualidad.
- Proporcionar información clara, oportuna y con información actualizada sobre la etapa de vida adolescente, cambios y vivencia de la sexualidad. Promover que los adolescentes puedan compartir los sentimientos asociados a estos cambios (menarquia, polución, características sexuales primarias y secundarias).
- Facilitar el desarrollo de la capacidad crítica frente a los mensajes de los medios de comunicación en relación a los valores, modelos y contenidos ligados a la sexualidad que estos transmiten.
- Fomentar la valoración y cuidado e higiene del cuerpo.
- Proporcionar información sobre el rol de los establecimientos de salud y otras instituciones privadas que trabajan en salud sexual y reproductiva, informando las situaciones sobre las que pueden consultar y la importancia de acudir a ellos para conservar la salud.
- Fomentar en las y los adolescentes la aceptación y valoración de los aportes que pueden brindarles las niñas y los niños, adultas/os y adultas/os mayores y fomentar una relación horizontal entre ellas/os.
- Fomentar familias conformadas por adultos afectivos, coherentes y que establezcan límites apropiados.
- Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la construcción de la identidad sexual de las y los adolescentes.
- Fomentar en los adultos la aceptación de diferentes expresiones como: autoerotismo, fantasías sexuales, atracción física, deseo sexual, enamoramiento como parte normal del desarrollo psicosexual de las y los adolescentes.
- Desarrollar la capacidad de respetar y promover la equidad en roles y funciones asignados a adolescentes mujeres y varones.
- Propiciar el cuestionamiento de estereotipos de género en relación a expresiones de afecto, enamoramiento, inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos (MAC) en hombres y mujeres así como roles paternos y maternos entre otros.
- Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y feminidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.
- Distribución equitativa entre hombres y mujeres de responsabilidades y tareas tanto en el hogar como en la escuela.
- Favorecer conductas de protección en adolescentes frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.
- Promover que las y los adolescentes tengan información sobre sus derechos y deberes ciudadanos en salud.

- Promover que los adolescentes conozcan sus derechos sexuales y reproductivos, las responsabilidades que de éstos se derivan y estén en condiciones de ejercerlos.
- Promover una comunicación amplia sobre temas de sexualidad entre las parejas ya sean estables u ocasionales.
- Fomentar la información amplia sobre opciones frente a la maternidad, cuestionando la maternidad como única opción de identidad de las mujeres, así como el cuestionamiento de la menarquia como símbolo de “ser mujer es igual a ser madre”.
- Promover la difusión adecuada de los conocimientos sobre la reproducción de la vida humana, orientada a la paternidad y maternidad responsable, sana y sin riesgos.
- Promover una amplia información sobre síntomas y forma de prevención de las ITS/ VIH-SIDA, enfatizando la postergación del inicio sexual, la abstinencia, la fidelidad mutua en la pareja y la necesidad de información adecuada para el uso del condón.
- Fomentar un adecuado manejo del tiempo libre así como la práctica de deporte y ejercicio.
- Promover la asociatividad de los adolescentes, mediante su pertenencia a grupos juveniles.
- Facilitar el acceso y promover la participación de las y los adolescentes en diferentes escenarios.
- Impulsar la participación de las y los adolescentes en el desarrollo de acciones de autocuidado de la salud reproductiva en la comunidad, en coordinación con otros actores sociales de la comunidad.

Gestante y madre adolescente

- Difundir información sobre la importancia de los cuidados prenatales para una maternidad saludable en la gestación adolescente.
- Fomentar la continuidad educativa de las gestantes adolescentes.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de las madres adolescentes a las posibilidades de empleo, estudio y asistencia médica.
- Fomentar el retraso de un segundo embarazo a fin de que la madre como el bebé alcancen niveles óptimos de desarrollo.
- Brindar soporte comunitario a la embarazada adolescente a fin de que pueda recibir atención adecuada en el parto y puerperio.

3.2.3. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adulto (de 20 a 59 años)

La sexualidad en los adultos está caracterizada por la “madurez sexual”, adaptando la gratificación sexual a las demandas de la realidad social externa. Esta fase tiene su expresión en la maternidad y paternidad y en la formalización de las relaciones de pareja en el matrimonio o convivencia.

Según diversos autores, la forma en que viven la sexualidad y la reproducción y las relaciones de pareja, los hombres y mujeres es bastante diferente. Olavarria (2004)²⁹ plantea que lo que produce erotismo y satisfacción sexual no es lo mismo, pues ambos

²⁹ OLAVARRIA, José .Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas” Presentación en power point hecha el día 27 de Noviembre 2004

proviene de diferentes experiencias, en el varón ligada predominantemente al placer y en la mujer asociada desde un inicio a la reproducción.

Respecto a la construcción de la masculinidad del hombre adulto, Cáceres (2002)³⁰ y Olavarría (1998)³¹ coinciden en señalar que la socialización masculina como demandante de sucesivas y permanentes pruebas de virilidad así como la existencia de modelos hegemónicos contra los que se evalúa la hombría en proceso. En este sentido, Calero (2004) sostiene que el embarazo -para el varón- funciona socialmente como un símbolo y/o argumento "incuestionable" que denota su virilidad y capacidad reproductiva. La necesidad -constante- por demostrar la heterosexualidad masculina, es un elemento que reviste una gran importancia en consonancia con el modelo de masculinidad hegemónica en la etapa adulta del varón.³²

Por otro lado, la construcción de la femineidad en la mujer está ineludiblemente asociada a la maternidad, y a la represión del placer y a la expresión del cuidado hacia otros. Magallanes (2001), señala que el embarazo es percibido por las mujeres como una etapa natural y casi inevitable en sus vidas, un rol consecuente de su género femenino que en algún momento de la vida de "toda" mujer debe concretarse³³. Según Vargas (2004)³⁴, muchas mujeres aún creen que es el hombre el que sabe, el que siente placer y frente al cual ellas son simples acompañantes, sienten temor a expresar sus deseos y necesidades sexuales pues piensan que podrían lastimar al varón o ser consideradas mujeres "de la calle".

Dixon-Muller (1999)³⁵ refiere que existen cuatro elementos de la sexualidad: las parejas sexuales, las prácticas sexuales, los significados culturales y subjetivos asociados a la sexualidad y el nivel del impulso sexual y el placer en cada individuo, que se relacionan directamente con la conducta anticonceptiva y el riesgo de ITS /VIH SIDA, y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

La declinación del periodo reproductivo, se desarrolla con lentitud. El climaterio se da sin embargo de una manera distinta en el hombre y en la mujer. En la mujer el cese de la producción ovárica, va a traerle una serie de síntomas físicos como los sofocos, la sequedad vaginal y las irregularidades de la menstruación. Si bien la menopausia es el fin de la capacidad reproductiva no está en nada relacionado con la posibilidad de seguir experimentando placer. Muchas mujeres liberadas del temor a un embarazo pueden disfrutar mejor de su vida sexual.

Sin embargo las construcciones sociales asociadas a esta etapa desvalorizan a la mujer pues como ya se mencionó líneas arriba, el valor de la mujer está centrado en su capacidad de ser madre, ligando la sexualidad exclusivamente a la reproducción.

En el caso del hombre la capacidad reproductiva dura más que en el caso de la mujer. Sin embargo las oscilaciones de la capacidad de erección que se producen en esta edad, los impulsan a compensar su capacidad disminuida con una creciente productividad competitiva. Al igual que en la adolescencia, la potencia sexual y la destreza en cada acto se convierten en el eje de la expresión de su sexualidad.

³⁰ CACERES, Carlos; SALAZAR, Ximena; ROSASCO, Ana María; FERNANDEZ, Percy. Ser Hombre en el Perú de hoy. Una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homofobia. Lima, Redess Jóvenes, 2002. p. 41-43

³¹ OLAVARRIA, José; BENAVENTE Cristina y MELLADO, Patricia. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile, FLACSO, 1998. p.15-18

³² CALERO, Jorge Luis. La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos. Tesis para obtención del grado de Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. UPCH. 2004.

³³ MAGALLANES, Marlene. "Significados sociales del embarazo y uso de servicios prenatales". Tesis para obtención del grado de Magíster en Salud Pública. UPCH. 2001.

³⁴ VARGAS, Trixys. Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas" Presentación en power point hecha el día 27 de Noviembre 2004.

³⁵ DIXON -MUELLER, Ruth. Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En SEIDENSTEIN, Sandra y MOORE, Kirsten Editoras. Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar. The Population Council. International Women's Coalition. Santiago de Chile, 1999.

En términos generales cabe destacar que las presiones sobre la hombría y la feminidad, así como las prácticas legitimadas en uno u otro caso, pueden influir sobre la salud sexual de hombres y mujeres y sobre su felicidad y bienestar en general.

Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son

- Promover el reconocimiento del rol que cumplen las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva), incentivando que asuman sus responsabilidades en la preservación y el cuidado de la misma.
- Fomentar el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos y garantía para alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva posible.
- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la vida de las personas.
- Proveer información sobre las características de la sexualidad en esta etapa, sobre las diferentes formas de expresión del deseo sexual en hombres y mujeres, cuestionando diferentes estereotipos como el de la doble moral al interior de las parejas.
- Fomentar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre la elección de métodos de planificación familiar, asegurando el acceso a información y educación sobre los mismos.
- Promover la incorporación del varón en los cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- Promover que los varones participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia.
- Promover la participación del varón y la mujer en todas las esferas de la vida familiar y en las responsabilidades domésticas, la crianza de los hijos y las labores domésticas.
- Proveer de información a los padres y tutores a fin de que puedan educar en cuestiones sexuales y reproductivas a sus hija/os teniendo en cuenta sus necesidades y niveles de desarrollo psicosexual y sus características culturales.
- Fomentar en los padres, tutores y otros adultos la aceptación de niñas y niños y adolescentes a expresarse y manifestarse libremente.
- Proveer de información educación y orientación oportuna sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH, privilegiando la importancia de la fidelidad mutua y de la información apropiada para el uso eficaz del condón.
- Fomentar la información sobre las condiciones necesarias para una maternidad y paternidad saludable y segura respetando las costumbres locales.
- Fomentar la información amplia sobre opciones frente a la maternidad, reconociéndola como el derecho a una libre decisión y no como una opción de realización única. Asimismo proveer información sobre fertilización asistida a aquellas mujeres que deseen ser madres y no estén biológicamente preparadas.
- Promoción de la participación de la pareja y/o familia en el acompañamiento de la mujer en el momento del embarazo, parto y puerperio.
- Proveer de información y orientación a las mujeres en edad de procrear, especialmente a las gestantes y lactantes, enfatizando la importancia del consumo de alimentos ricos en yodo y hierro que son propios de cada zona.

- Proveer información sobre cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, entre otros; enfatizando en la necesidad de chequeos periódicos según sexo.
- Información sobre instrumentos legales para contrarrestar prácticas discriminatorias de los empleadores contra las mujeres y varones como las que exigen la prueba de VIH, o la declaración de embarazo como condición para la contratación del personal femenino.
- Ofrecer información sobre derechos y favorecer el empoderamiento de las mujeres a fin de que puedan velar por su integridad física, promoviendo conductas de protección frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución.
- Cuestionar estereotipos respecto a las identidades y roles de género en relación a expresiones de afecto, uso de métodos anticonceptivos, roles paternos y maternos entre otros. Cuestionar la identidad femenina asociada a pasividad, sufrimiento y entrega a los demás y la identidad masculina asociada a fuerza, impulsividad, descontrol de los impulsos y no reconocimiento de necesidad de ayuda.
- Promover el respeto a las diferentes formas de asumir la masculinidad y femineidad, fomentando el respeto y la no discriminación a las minorías sexuales.
- Informar a las mujeres sobre el consentimiento informado en diferentes acciones vinculadas a su salud sexual y reproductiva a fin de que puedan ejercer su derecho a elegir lo que les conviene, preservando su salud física y emocional.

Gestantes y lactantes

- Especialmente en zonas rurales fomentar la sensibilización de pareja y miembros mayores de la familia sobre la importancia de cuidados prenatales y puerperales en la conservación de la salud y la vida de la mujer y el bienestar del bebé.

Fomentar la información y el respeto en proveedores de salud respecto a costumbres perinatales de las mujeres especialmente en zonas rurales.

- Incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud traducido en la capacitación de los proveedores de salud y la adecuación de la sala de parto.
- Fomentar el derecho y responsabilidad de la lactancia materna en las mujeres, no solamente como medio de alimentación privilegiada para el bebé, sino como un elemento importante de la adquisición de sentimientos de confianza y seguridad necesarios para su desarrollo afectivo y psicosexual.
- Fomentar el soporte comunitario, impulsando los sistemas de vigilancia comunal para apoyar a la embarazada desprotegida.

3.2.4. Salud Sexual y Reproductiva en la Etapa de Vida Adulto Mayor (de 60 años a más)

En esta etapa tanto las mujeres como los hombres obtienen múltiples gratificaciones en el hecho de sentirse capaces de pensar, hacer, percibir y tener conciencia de si mismo en una actividad o realización especiales. También en esta etapa las necesidades receptivas de dependencia dominan la relación del individuo de edad con su ambiente. Al avanzar la edad, la conciencia sobre la decadencia de sus propias capacidades sensitivas lo vuelve hipersensitivo con respecto a la realización de sus necesidades dependientes.

Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a "problemas de la edad"; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de estabilidad y continuidad, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios.

Según Lagos (2004)³⁶ en esta etapa se producen una serie de cambios fisiológicos, producto del proceso de envejecimiento que va a afectar la vivencia de la sexualidad.

En la mujer la excitación es mas lenta, disminuye la lubricación, se produce un debilitamiento de la musculatura vaginal y por lo tanto las contracciones vaginales son débiles; asimismo el factor estimulante es de mayor importancia para incrementar la tensión sexual.

En el hombre las erecciones son menos firmes, se reduce la cantidad de semen, disminuye la intensidad de la eyaculación, existe menor necesidad de eyacular y se prolonga el periodo refractario, es decir, el espacio de tiempo para lograr una nueva erección y emisión de semen.

La sexualidad se transforma en sus manifestaciones y motivaciones, si bien el interés sexual permanece se adapta a las condiciones del envejecimiento. Como parte de este proceso se produce agotamiento físico y psíquico, enfermedades físicas y mentales, pérdida de atractivos físicos, preocupación por el trabajo o economía y en ocasiones pérdida de la pareja.

Vargas (2004)³⁷ plantea que existen una serie de ideas y creencias sociales que afectan la vivencia de la sexualidad en esta etapa. Se cree que la vida, el amor y el romance son patrimonio exclusivo de los jóvenes, y se idealiza la belleza del rostro y los cuerpos jóvenes asociados con atracción sexual y éxito. En este contexto la actividad sexual en las personas mayores es considerada inapropiada y hasta inmoral.

Las normas y prescripciones sociales afectan aún más la expresión de la sexualidad en las mujeres en esta etapa. La imagen social predominante de “abuelitas” - generalmente asexuadas- en el imaginario popular las lleva a excluirse de las posibilidades de disfrutar de su sexualidad, surgiendo además temores de que su cuerpo y su desempeño sexual no sean del agrado de sus parejas.

Para los varones, existen mitos que se centran en la importancia de la erección del pene para toda actividad sexual, y del coito como una única forma de “sexo real”. Entonces en los hombres mayores se acentúan los sentimientos de inseguridad por la pérdida de la potencia sexual.

En términos generales es necesario destacar que en esta etapa se mantienen los sentimientos necesidades y expresiones sexuales, que estar informados sobre los cambios que se pueden presentar en la respuesta sexual, es importante para poder vivir una vejez tranquila, sexualmente activa y satisfactoria.

Los aspectos importantes a desarrollar en esta etapa son

- Promover el reconocimiento y puesta en vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos y garantía para alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva posible.
- Facilitar el acceso a la información de la salud sexual y reproductiva de la adulta/o mayor por medio de tecnología apropiada.
- Fomentar la autonomía de las/os adultas/os mayores a fin de que puedan valerse por si mismas/os.

³⁶ LAGOS, Gloria. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas”, Noviembre 2004.

³⁷ VARGAS, Trixsy. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas” Presentación en power point hecha el día 26 de Noviembre 2004.

- Fortalecer las capacidades de las adultas/os mayores a fin de puedan brindar apoyo a la educación en general y a la educación sexual de las niñas y niños y adolescentes de la familia.
- Brindar información sobre la menopausia y la andropausia: cambios físicos, fisiológicos y emocionales.
- Proveer de información referente al ejercicio de la sexualidad en esta etapa de vida, cuestionando los estereotipos referentes a la experimentación del placer sexual, sobre todo de la mujer.
- Fomento del cuidado familiar y comunitario para las personas de edad, eliminando las violaciones y otras agresiones.
- Proveer información sobre el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama enfatizando en la necesidad del autocuidado y el autoexamen para conservar la salud.
- Proveer información sobre cáncer de próstata en los varones y abordar los estereotipos respecto a cuestionamiento de la virilidad asociados al examen (tacto anal).
- Fomentar el fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de potencialidades y la participación en diferentes actividades recreativas y culturales.

3.3. ACCIONES A DESARROLLAR EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.3.1. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.³⁸

Para el programa una **familia saludable** es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida.³⁹

El rol de la familia en el proceso de formación de la sexualidad y la promoción de la salud sexual y reproductiva es muy importante, ya que ella cuenta con el recurso del afecto para facilitar el crecimiento sano y estable de sus hijas e hijos.

En la vida diaria existen una serie de barreras que encuentra la familia para cumplir con su misión educadora respecto a la sexualidad, la vergüenza, el desconocimiento de la sexualidad y el cuerpo, las dificultades en la comunicación, la manipulación en nombre del afecto y las relaciones desiguales entre sus miembros, en las que unos pueden tener más poder que otros.

Es importante reconocer que las decisiones de los hijos frente a la sexualidad están influidas por la orientación y el ejemplo de los padres o quienes están en el lugar de ellos. Las personas que se sienten amadas y valoradas son aquellas que tendrán

³⁸ Ministerio de Salud, Programa de Familias y Viviendas saludables. Año 2006.

³⁹ Concepto elaborado por el Equipo Técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud.

conductas de autocuidado de su salud sexual y reproductiva y podrán vivir su sexualidad de una manera satisfactoria segura y responsable.

Los aspectos importantes a desarrollar en este Programa son

- Impulsar las actividades de estimulación prenatal y estimulación temprana de los hijos hombres y mujeres hasta los 5 años, fomentando la participación de todos
- Fomentar vínculos familiares caracterizados por el afecto, la orientación y protección y que permitan la autonomía y crecimiento de cada uno de sus miembros, de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- Promover al interior de la familia la distribución de actividades y responsabilidades compartidas que permitan a mujeres y hombres el desarrollo de sus potencialidades y la expresión de sus afectos.
- Incentivar la participación de todos los miembros de la familia en la toma de decisiones que atañe al bienestar de la misma.
- Educar con equidad a los miembros de la familia en conductas asertivas en relación a la sexualidad.
- Propiciar la generación y práctica de valores intrafamiliares: responsabilidad, solidaridad, equidad y respeto por el otro.
- Promover la comunicación directa y clara así como la responsabilidad en la pareja como un factor decisivo en la búsqueda del cuidado de sí mismo y del otro.
- Fomentar las expresiones respetuosas de amor y el derecho a la intimidad.
- Fortalecer la eliminación de barreras de información sobre salud sexual y reproductiva al interior de la familia, favoreciendo el acceso a fuentes científicas sencillas y confiables.
- Rescatar el rol de la familia como institución que fomenta el compromiso de sus miembros en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en torno a su salud sexual y reproductiva.
- Respetar la toma de decisiones informadas de los miembros de la familia: varones y mujeres en relación a las expresiones de su sexualidad. En el caso de los niños pequeños las diferentes formas de expresión de autoerotismo, en los adolescentes y jóvenes además del autoerotismo, el enamoramiento, la opción de abstinencia y postergación de inicio sexual así como el inicio sexual responsable y protegido, y la fidelidad mutua en la pareja como medio de conductas sexuales y reproductivas saludables. En el caso de los adultos la posibilidad del disfrute de su sexualidad sin riesgos, presión o coerción, así como una maternidad o paternidad satisfactoria y en el caso de los adultos mayores la expresión de diferentes formas de su sexualidad.
- Favorecer la eliminación de todas las formas de violencia doméstica y violencia basada en género al interior de la familia.

En cuanto a la vivienda, el programa define a una **Vivienda Saludable**⁴⁰ como aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.

⁴⁰ Concepto de la Organización Panamericana de la Salud. Modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS MINSA En: <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central.htm>. Fecha de visita 12 de Julio del 2005.

Los aspectos importantes a desarrollar en la Vivienda son

- Promover la separación de espacios para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes.
- Promover la separación de espacios para dormir diferenciados por sexo en la niñez y la adolescencia.
- Promover espacios que garanticen privacidad en diferentes momentos del aseo y muda de ropa.
- Fomentar viviendas y entornos seguros que disminuyan la posibilidad de violencia externa (violaciones sexuales) a los miembros de la familia.

3.3.2. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas

El objetivo general del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas⁴¹.

El Programa fortalecer el accionar de promoción de la salud, involucrando a los estudiantes, profesores, padres de familia y comunidad educativa, con el fin de incorporar y fortalecer comportamientos saludables. Asimismo pretende hacer de las Instituciones Educativas un espacio lleno de vida, donde las niñas y niños, las y los adolescentes crezcan sanos y felices, donde se compartan valores para la vida, se identifiquen principios, se adopten comportamientos saludables, donde los docentes refuercen su vocación profesional y los padres de familia encuentren un ambiente acogedor.

Se considera una **Institución Educativa Saludable** a aquella que ha alcanzado estándares de mejoramiento en su entorno y cuya comunidad educativa mantiene comportamientos saludables en su vida cotidiana.

Los aspectos importantes a desarrollar son

- Promover la incorporación de contenidos sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en las sesiones educativas, acordes a las necesidades, edad y sexo de los alumnos.
- Las sesiones educativas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos deberían tener como objetivos centrales:
 - Acceso constante a información técnica en salud sexual y reproductiva así como en metodologías participativas a fin de que puedan desarrollar competencias.
 - Facilitar la expresión de las diferentes inquietudes y preocupaciones de las alumnas/os referidas a la sexualidad.
 - Potenciar sus capacidades haciéndolos responsables de su salud física, psicosocial, salud sexual y reproductiva y de su vida en general.
 - Favorecer actitudes de solidaridad, tolerancia y aceptación del otro y el desarrollo de la capacidad de respetar y promover la equidad entre varones y mujeres.
 - Contribuir al desarrollo de sujetos críticos, capaces de identificar y cuestionar estereotipos y prescripciones sobre las manifestaciones de la sexualidad y las formas de ser mujer y varón permitidos socialmente.

⁴¹ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Año 2005.

- Promover a través de la participación activa de los alumnos en el aula (proponiendo temas, y normas que los rijan), el desarrollo de la autoestima y habilidades psicosociales como negociación, toma de decisiones y comunicación asertiva; indispensable para el ejercicio de una sexualidad responsable y segura.
- Fomentar la conciencia en los diferentes grupos de la importancia de la solidaridad y el respeto a las escolares embarazadas a fin de estimularlas a seguir estudiando y no abandonar la escuela.
- Fomentar procesos de capacitación a los docentes, especialmente a los tutores que contemplen:
 - Aspectos informativos sobre psicología evolutiva, sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, así como desarrollo de habilidades para la vida, incluida la autoestima, negociación, comunicación asertiva y toma de decisiones.
 - Metodologías participativas que faciliten a los alumnos hagan suyos los conocimientos de acuerdo a sus vivencias, inquietudes y necesidades.
 - Aspectos vivenciales que les permita conectarse con sus propias sentimientos y experiencias a fin de propiciar una mayor empatía con la vivencia de las y los alumnos/as y permitirles identificar y cuestionar algunas actitudes.
 - Aspectos informativos sobre democracia y coparticipación en el aula como políticas favorables al autocuidado de la salud y la ciudadanía de los alumnos y la propia.
 - Aspectos de monitoreo y evaluación a todas las acciones.
- Sensibilización e información a las asociaciones de padres y madres de familia sobre el desarrollo psicosexual de las niñas y niños, las y los adolescentes, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos así como la importancia de su rol como padres y madres en la formación y educación sexual de sus hijas/os, favoreciendo procesos de desarrollo de habilidades que les permita a su vez generar habilidades para la vida en sus propias hijas/os.
- Promover la capacitación conjunta entre niñas y niños, adolescentes y adultos significativos: maestros/as, padres y madres.
- Promover el entrenamiento de promotores escolares y líderes juveniles en temas vinculados a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva así como en metodologías participativas a fin de que puedan desarrollar acciones de información y orientación a sus pares.
- Implementar los lugares de escucha al interior de las escuelas, como espacios privilegiados que promueven comportamientos y prácticas de vida saludable, a través del fortalecimiento de factores protectores y promoviendo decisiones informadas y autónomas respecto a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.
- Estos lugares de escucha estarían atendidos por profesores tutores y promotores escolares entrenados a fin de poder brindarles orientación y en caso de así requerirlo derivarlos a los proveedores del centro de salud con el que se coordine.
- Promover que la infraestructura de las escuelas garantice condiciones de seguridad para el adecuado desarrollo de la salud sexual y reproductiva de las alumnas y alumnos.

3.3.3. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El objetivo general del Programa es promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la generación de políticas públicas saludables en concordancia con el proceso de descentralización⁴².

Una **Comunidad Saludable** es aquella comunidad, con capacidades para tomar decisiones, negociar e intervenir y resolver sus problemas de salud y proyectarse hacia el desarrollo integral de la comunidad.

Para el mejoramiento de la salud en general y la salud reproductiva en particular es importante promover comportamientos y prácticas saludables, que sean efectivas y sostenidas, y por esta razón es necesario poner en acción a la comunidad.

Los aspectos importantes a desarrollar en son

- Informar y sensibilizar a la comunidad en relación al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y niños, adolescentes, adultas/os y personas adultas mayores; promoviendo la vigencia, ejercicio y goce de éstos.
- Contribuir a la valoración en las diferentes instancias de la comunidad de la importancia de la sexualidad en la vida personal, social y cultural, ofreciendo espacios y condiciones para ejercer los derechos sexuales y reproductivos de cada integrante.
- Desarrollar un proceso de planificación participativa que permita recoger las necesidades en cada comunidad en el tema de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de identificar, evaluar y priorizar las principales necesidades en salud sexual y reproductiva según etapa de vida y plantear posibles soluciones a implementar con involucramiento de los diferentes actores.
- Este proceso de planificación participativa debe desarrollarse al interior de las asambleas comunitarias y otros espacios de reunión, aprovechando las redes sociales existentes. Las principales actividades a considerar son:
 - Identificación y análisis de problemas
 - Identificación de alternativas de solución
 - Selección de alternativas más viables
 - Formulación de medidas de apoyo
 - Monitoreo y evaluación de la efectividad de las medidas.
- Coordinar y concertar intersectorial y multisectorialmente para el establecimiento de un sistema de vigilancia de aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Promoción de un sistema de vigilancia ciudadana. Por ejemplo:
 - Promoción de un sistema de vigilancia de la maternidad saludable.
 - Promoción de un sistema de vigilancia de embarazos más desprotegidos: por ejemplo en la adolescencia, en madres solteras y en mujeres mayores, en zonas urbanas y principalmente rurales.
- Promover e involucrar a las autoridades municipales, agentes comunitarios (promotores de salud, parteras, vigías de salud) y otros líderes locales en acciones a favor de la salud sexual y reproductiva, reconociendo y revalorando su rol como actores claves para la promoción de la salud. A través de:

⁴² Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.

- Acceso constante a información técnica en salud sexual y reproductiva así como en metodologías participativas a fin de que puedan desarrollar competencias.
- Involucrar a las autoridades y funcionarios municipales en la promoción de la salud sexual y reproductiva facilitando su acceso constante a información sobre el tema y a experiencias innovadoras y exitosas, reconociendo e impulsando su rol de liderazgo en estos procesos.
- Fortalecer los recursos humanos en salud en las organizaciones sociales de base, incluyendo las organizaciones de mujeres, comités de salud, asociación de padres de familia, asociaciones de vecinos entre otros. A través de acciones de educación en salud y en coordinación con los promotores de salud.
- Elaborar un directorio y un mapeo de instituciones, organizaciones y recursos de la comunidad en salud sexual y reproductiva.
- Incorporar el tema de promoción de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las redes sociales existentes.

Un **Municipio Saludable**⁴³ es un espacio territorial en el cual las políticas públicas han consolidado entornos y propiciado comportamientos saludables en las personas, familias y comunidades; con la participación activa de sus autoridades políticas y civiles, instituciones, organizaciones públicas, privadas y comunidad organizada para contribuir al desarrollo local.

Los aspectos a desarrollar a son:

- Diagnóstico participativo sobre salud sexual y reproductiva local (con énfasis en la maternidad segura y saludable), involucrando a principales actores sociales de la comunidad.
- A partir del diagnóstico, en coordinación con el área municipal respectiva y en el marco de las alianzas se procedería a desarrollar acciones de trabajo referidas a:
 - Capacitación a las mujeres y varones de las organizaciones sociales de base más representativas de la comunidad (vaso de leche, comedores populares, comités de salud, asociación de vecinos entre otros) sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva según etapas de vida y la importancia de su rol en el autocuidado de su salud y de los miembros de su familia.
 - Difusión de mensajes educativos sobre el tema, a través de la radio local y los altoparlantes del distrito.
 - Capacitación a funcionarios y personal de los municipios sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos
 - Participación en las diferentes mesas de concertación existentes, colocando el tema de salud sexual y reproductiva.
 - Promoción de campañas de sensibilización a la población sobre temas claves en salud sexual y reproductiva, utilizando medios artísticos culturales en fechas claves.
 - Participar en la elaboración de los presupuestos participativos y proponer se incluya una partida para la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Promover y fortalecer a nivel distrital sistemas de vigilancia comunitaria de la maternidad saludable, de los embarazos desprotegidos, de todas las formas de violencia especialmente la sexual y doméstica.
- Desarrollar actividades para la promoción de la maternidad saludable que impliquen: identificación de gestantes, orientación sobre la importancia del

⁴³ Ministerio de Salud, Programa de Municipios y Comunidades Saludables. Año 2005.

control prenatal en el centro de salud, información sobre el parto y los cuidados del embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido en el hogar. Es importante que estas actividades se desarrollen para mujeres adultas y para adolescentes de manera independiente respetando las características de la cultura adolescente.

- Promover la utilización de espacios y el establecimiento de convenios con institutos, escuelas de arte, para el desarrollo de actividades recreativas y culturales artísticas para adolescente y jóvenes organizados que pudieran además desarrollar acciones de sensibilización a la comunidad.
- Promover que las bibliotecas municipales incorporen publicaciones sobre los temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, en formatos sencillos y cortos.
- Desarrollar actividades artísticas culturales dirigidas a niñas y niños y adolescentes así como actividades educativas sobre temas de sexualidad con metodologías activas y participativas como teatro, video forum, cine forum entre otros.
- Sensibilizar a los medios de comunicación a fin de que puedan convertirse en aliados en la promoción de la salud sexual y reproductiva en la comunidad.

3.3.4. Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales

El Programa tiene por finalidad contribuir al desarrollo humano integral de los trabajadores, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con las familias, la comunidad, el municipio y las instituciones educativas⁴⁴.

Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general.

Los trabajadores usualmente permanecen gran número de horas (por lo menos un tercio del día) en el centro laboral, lo que induce a considerar que este escenario es una oportunidad real de intervención. Para ello deben desarrollarse estrategias de información y de abogacía dirigidas al sector empresarial y gerencial de las empresas privadas y públicas, en un intento por estimular decisiones a favor del desarrollo de acciones específicas. Simultáneamente debe sensibilizarse a los representantes de los trabajadores (gremios sindicales, asociaciones, otros) y los propios trabajadores, a fin de destinar esfuerzos colectivos para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Los aspectos a desarrollar son:

- Diagnóstico participativo de necesidades de aprendizaje sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva.
- A partir del diagnóstico, proceder a desarrollar acciones que requieren minimamente:
 - Capacitación a las/os trabajadores sobre la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos.
 - Si tuviera cuna o guardería para los hijos de los trabajadores, capacitar a los responsables del cuidado sobre el desarrollo psicosexual de las niñas y niños y la importancia del vínculo afectivo promoviendo las acciones de estimulación temprana.

⁴⁴ Ministerio de Salud, Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales – Documento de Trabajo. Mayo 2006.

Documento Técnico
Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú
Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva

- Insertar en las actividades recreativas por vacaciones escolares, talleres formativos sobre sexualidad para las hijas/os de los trabajadores, atendiendo a sus intereses y necesidades.
- Ofrecer charlas informativas opcionales a los trabajadores sobre temas detectados de interés en el diagnóstico.
- Fomentar el cumplimiento de normas legales que protegen el ejercicio de la maternidad saludable para mujeres y varones en el país (permisos para asistir a los controles prenatales, lactancia materna, descansos, etc).
- Promover la eliminación de todas las formas de discriminación en el trabajo (discriminación sexual, discriminación por ser portador del VIH, entre otras).
- Fomentar acciones de información sobre distintas formas de acoso sexual y propiciar el reconocimiento de todas las formas de violencia en el trabajo y promover acciones para su denuncia, sanción y erradicación.

El eje temático de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a través del desarrollo de estas acciones en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, espera contribuir con la implementación del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud.

ANEXOS

ANEXO 01: INDICADORES DEL EJE TEMÁTICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación hacemos algunas propuestas de indicadores de proceso por etapas de la vida y por programas, que podrían utilizarse para realizar el seguimiento de las diferentes acciones llevadas a cabo en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Etapas de vida y escenarios	Indicadores
NIÑO (de 0 a 9 años)	<ul style="list-style-type: none"> • % de niñas/os pre-escolares que reconocen sus genitales con nombre propio. • % de niñas/os que conocen sobre las diferencias sexuales, el aparato reproductor y el ciclo reproductivo, según su edad. • % de niñas/os de la primera infancia que reciben 6 sesiones de estimulación prenatal.
ADOLESCENTE (de 10 a 19 años)	<ul style="list-style-type: none"> • % de adolescentes mujeres y varones que conocen sobre el ciclo reproductivo, y métodos anticonceptivos incluyendo el condón. • % de adolescentes mujeres y varones que reportan conversar con sus parejas sobre las relaciones sexuales. • % de adolescentes que tomaron una decisión informada para el inicio de sus relaciones sexuales. • % de adolescentes que usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. • % de adolescentes que deciden postergan el inicio de sus relaciones sexuales. • % de adolescentes que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. <p><u>Gestante y madre adolescente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • % de gestantes adolescentes que conocen y participan activamente en sus atenciones prenatales. • % de gestantes y/o madres adolescentes que continúan sus estudios. • % de madres adolescentes que postergan por más de dos años su siguiente gestación. • % de madres adolescentes que dan de lactar a sus bebés los primeros seis meses.
ADULTO (de 20 a 59 años)	<ul style="list-style-type: none"> • % de mujeres y hombres que nombran sus derechos sexuales y reproductivos • % de hombres y mujeres que ejercitan sus derechos sexuales y reproductivos. • % de hombres y mujeres que usan métodos anticonceptivos para planificar su familia. • % de hombres que participan en la crianza de los hijos y las labores domésticas. • % de mujeres que se realizan los exámenes de papanicolaou y de mama, para

Documento Técnico
 Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú
 Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Sexual y Reproductiva

	<p>el cuidado de su salud sexual y reproductiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de hombres y mujeres que identifican las instituciones que prestan ayuda en casos de acoso sexual y violación sexual. • % de hombres y mujeres que aceptan diferentes formas de expresar la masculinidad y la feminidad.
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • % de gestantes que acuden voluntariamente a por lo menos 6 atenciones prenatales. • % de gestantes que desarrollan actividades de estimulación prenatal. • % de mujeres que planificaron su embarazo actual. • % de mujeres que dan de lactar a sus bebés los seis primeros meses. • % de gestantes que manifiestan contar con el apoyo de su entorno familiar.
ADULTO MAYOR (de 60 a más años).	<ul style="list-style-type: none"> • % de adultas/os mayores que nombran sus derechos sexuales y reproductivos. • % de adultas/os mayores que ejercitan sus derechos sexuales y reproductivos. • % de adultos mayores que recibieron información sobre la menopausia y la andropausia. • % de mujeres que identifican las instituciones que prestan ayuda en casos de acoso sexual y violación sexual. • % de mujeres mayores que acuden voluntariamente al examen de Papanicolaou anual y el despistaje precoz de cáncer de mama para el cuidado de su salud sexual y reproductiva. • % de varones mayores que acuden voluntariamente al examen de próstata para el cuidado de su salud sexual y reproductiva. • % de mujeres y varones mayores que inician actividades sociales, intelectuales y artísticas.
Programa de Familias y Viviendas Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • % de familias que participan en sesiones educativas relacionadas al ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva. • % de familias sensibilizadas para el desarrollo de un plan de vida familiar. • % de jefes de hogar que participan en sesiones educativas con temas referidos a los derechos sexuales y reproductivos. • % de familias que manifiestan practicar valores intrafamiliares como la solidaridad, equidad y respeto por el otro.
	<ul style="list-style-type: none"> • % de viviendas con espacios que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales de los adultos, de acuerdo a sus diferentes costumbres. • % de viviendas que tienen acondicionado espacios separados para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes.
Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas	<ul style="list-style-type: none"> • % de escuelas que desarrollan sesiones educativas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva. • % de escuelas que desarrollan talleres de capacitación para profesores sobre psicología evolutiva, sexualidad, salud y derechos sexuales y reproductivos. • % de escuelas que desarrollan charlas informativas sobre desarrollo

	<p>psicosexual de las niñas/os y adolescentes, a los padres de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de pares promotores y tutores entrenados en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, paternidad y maternidad responsable. • % de lugares de escucha sobre salud integral y salud sexual y reproductiva funcionando. • % de instituciones educativas que favorecen acciones de protección frente al maltrato infantil.
<p>Programa de Municipios y Comunidades Saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % de municipios que tienen sistemas de vigilancia comunitaria sobre maternidad saludable, embarazos desprotegidos y prevención de violencia. • % de municipios que incorporan acciones para la salud sexual y reproductiva en sus presupuestos participativos. • % de bibliotecas municipales que incorporan publicaciones sobre temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva. • % de municipios que incorporan en sus políticas acciones relacionadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, maternidad y paternidad responsable en sus comunas. • % de casas de espera implementadas con gestión comunitaria. • N° de políticas públicas relacionadas a la salud sexual y reproductiva generadas por el gobierno regional y/o local. • % de Gobiernos regionales que incorporan los temas relacionados con la salud sexual y salud reproductiva en su agenda política. • % de comunidades que participan en el programa que han priorizado el tema de salud sexual y reproductiva como problema de salud. • % de comunidades que cuentan con planes de intervención y apoyo a las gestantes de mayor riesgo social en la comunidad.
<p>Programa de Promoción de la Salud en Centros Laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % de centros laborales que cumplen en el permiso de una hora para controles prenatales y lactancia de las gestantes y madres. • % de centros laborales que desarrollan acciones de capacitación sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva así como derechos sexuales y reproductivos. • % de centros laborales que promueven la paternidad y maternidad responsable. • % de centros laborales con cuna o guardería que capacitan a su personal sobre desarrollo psicosexual y socioafectivo de las niñas y niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALEXANDER, Franz y ROSS Helen (edit). *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
2. ANDERSON, Jeanine y col. *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*. Lima, 2000.
3. ARIAS, ROSARIO Y ARAMBURU, CARLOS. *Uno empieza a alucinar. Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos*. Lima, REDESS Jóvenes, 1999.
4. CACERES, Carlos (ed). *Nuevos retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima, Redess Jóvenes, 1999.
5. CACERES, Carlos F. y SOBREVILLA, Luis A. (edit.) *Sexualidad humana. Manual para educadores y profesionales de salud*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
6. CACERES, Carlos. *La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio*. Lima, Redess jóvenes, 1999.
7. CACERES, Carlos; SALAZAR, Ximena; ROSASCO, Ana María y FERNANDEZ, Percy. *Ser Hombre en el Perú de hoy. Una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y la homofobia*. Lima, Redess Jóvenes, 2002.
8. CALERO, Jorge Luis. *La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos. Tesis para obtención del grado de Magister en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva*. UPCH. 2004.
9. CENTER FOR POPULATION OPTION. *Cómo planear mi vida. Un programa para el desarrollo de la juventud Latinoamericana*, 1990.
10. CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTÁN; MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003.
11. COMITÉ DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER –CLADEM. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: 1995-2002*. Lima, 2003.
12. DIXON-MUELLER, Ruth. *Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva*. En SEIDENSTEIN, Sondra y MOORE, Kirsten Editoras. *Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. Santiago de Chile. The Population Council. International Women's Coalition, 1999.
13. FERRANDO, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú*. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, 2002.
14. FERRANDO, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú. Nuevas evidencias*. CMP Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Presentación en power point el día 28 de Mayo 2004. Hotel Prince, Lima.
15. GUEZMES, Ana; PALOMINO, Nancy y RAMOS, Miguel. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú Estudio Multicéntrico de la OMS*. CMP Flora Tristán; Universidad Peruana Cayetano Heredia; OMS. Lima, 2002.
16. INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2004. Informe preliminar, Abril del 2005*.
17. LAGOS, Gloria. *Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas"*, Noviembre 2004.

18. MAGALLANES, Marlene. "Significados sociales del embarazo y uso de servicios prenatales". Tesis para obtención del grado de Magíster en Salud Pública. UPCH. 2001.
19. MINSA/DGPS. Programa de Familias y Viviendas Saludables. Lima, julio del 2005. Doc. Int.
20. MINSA/DGSP/Dirección Ejecutiva de Atención Integral. Guías Nacionales de Atención de la salud sexual y reproductiva. Lima, 2004
21. MINSA/OGE. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima, Mayo, 2005.
22. OLAVARRIA, José; BENAVENTE, Cristina y MELLADO, Patricia. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile, FLACSO, 1998.
23. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Violencia sexual basada en género y salud. ISBN: 92 75 32264 3. 2002.
24. PEREZ, Freddy; QUINTANA, Alicia; HIDALGO, Catalina y DOUREJANNI, Diego. Sexualidad y mujeres jóvenes. Negociación, protección y placer. Lima, Instituto de Educación y Salud, IES; 2003.
25. PICK, Susan, GIVAUDAN Martha y MARTINEZ, Angela. Aprendiendo a ser papá y mamá. De niñas y niños desde el nacimiento hasta los 12 años. México, Grupo Editorial El Planeta, 1995.
26. PROFAMILIA. Derechos Sexuales y Reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos. Bogota, 1998.
27. QUINTANA SANCHEZ, Alicia y VASQUEZ DEL AGUILA, Ernesto. Construcción social de la sexualidad adolescente. Lima. Instituto de Educación y salud, 1999.
28. RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá, Editorial Médica Panamericana. 2001.
29. ROJO, Gina. "Influencia de la Violencia de la pareja en el embarazo no planificado, Hospital de Calana, Tacna 2000". s/p, "Influencia de la Violencia de la pareja en las complicaciones del embarazo, C.S. Callao,2002".s/p, "Rol del profesional de la salud en la detección y prevención de la violencia familiar", II Congreso Internacional de Obstetricia y Perinatología-INEN,2004.
30. SÁNCHEZ VILLEGAS, Margarita y LOPERA URIBE, Gloria. Cómo promover en los niños estilos de vida saludables: manual para mediadores de la Aventura de la Vida. Medellín, Editora Surgir, Edex, Klecktivoe, País Vasco. Ministerio de Asuntos Internos, España, 1997.
31. SANTARELLI, C. "Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. OMS. 2002.
32. VARGAS, Mery; SILES, Abraham; ACEVEDO, Juan Francisco y SIBILE Patricia. Actuación de la Policía Nacional y el Instituto de Medicina Legal frente a las Agresiones sexuales a Mujeres. En: Cáceres, Carlos (ed) Nuevos Retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. Redess Jóvenes, 1999.
33. VARGAS, Rosana, VARGAS, Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías Para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redess jóvenes, 2000.
34. VARGAS, Trixysy. Simposium Negociación y satisfacción sexual: complejidades de la relación de pareja. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. "De los silencios privados a las soluciones públicas". Presentación en power point del día 27 de Noviembre 2004.