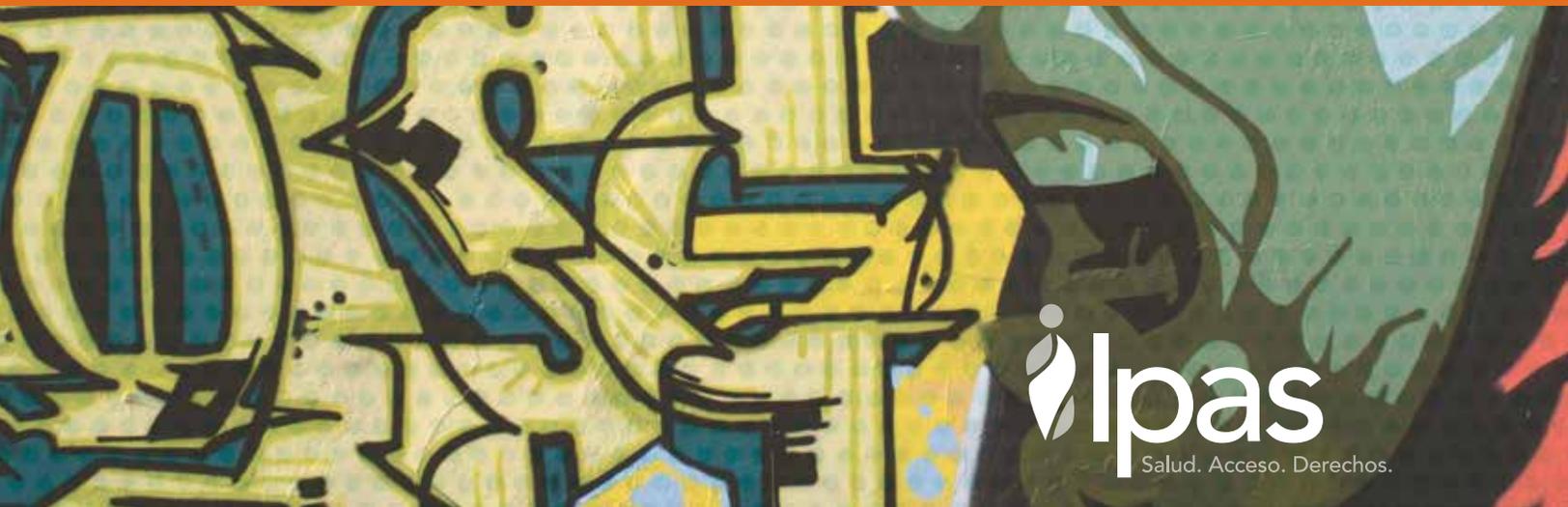


Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

Katherine L. Turner, Evelina Börjesson, Amanda Huber
y Cansas Mulligan



ISBN: 1-933095-69-5

© 2012 Ipas.

Producido en los Estados Unidos de América.

Cita sugerida: Turner, Katherine L., Evelina Börjesson, Amanda Huber y Cansas Mulligan. 2012. *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Crédito por las fotos de la portada: Richard Lord

Las ilustraciones y fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. Cualquier semejanza con alguna persona real, viva o muerta, no es intencional.

Ipas trabaja a nivel mundial para que las mujeres y niñas gocen de mejor salud y derechos sexuales y reproductivos por medio de mejor accesibilidad y uso de los servicios de aborto seguro y anticoncepción. Creemos en un mundo donde cada mujer y niña tiene el derecho de determinar su propia sexualidad y salud reproductiva, y la capacidad para hacerlo.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es deducible de impuestos al máximo grado permitido por la ley.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

1-919-967-7052

www.ipas.org

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

Katherine L. Turner, Evelina Börjesson, Amanda Huber
y Cansas Mulligan

Índice

Agradecimientos	1
Parte I: Introducción y barreras a los servicios	9
Módulo 1: Introducción	11
1.1 ¿Por qué centrarse en las mujeres jóvenes y el aborto?	12
1.2 Cómo definir y entender a las mujeres jóvenes	14
1.3 Servicios de aborto para las mujeres jóvenes	16
1.4 Recursos adicionales	18
1.5 Referencias bibliográficas.....	18
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 1	21
Herramienta 1A: Hoja de introducción	23
Herramienta 1B: Las mujeres jóvenes son... ..	24
Herramienta 1C: Género y aborto	27
Herramienta 1D: Cómo definir a una persona joven sexualmente saludable.....	31
Herramienta 1E: El apoyo que necesitábamos durante nuestra juventud	33
Módulo 2: Barreras a los servicios	37
2.1 Introducción	38
2.2 Barreras sociales	38
2.3 Barreras económicas y logísticas.....	42
2.4 Barreras legislativas y políticas	43
2.5 Barreras de los sistemas de salud	45
2.6 La interrelación de las barreras.....	47

2.7 Recursos adicionales	48
2.8 Referencias bibliográficas	49
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 2	51
Herramienta 2A: Hoja sobre las barreras a los servicios	53
Herramienta 2B: Barreras a los servicios	55
Parte II: Servicios de aborto para las mujeres jóvenes	59
Módulo 3: Un enfoque en los servicios basado en los derechos	61
3.1 Introducción	62
3.2 Derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes	62
3.3 Facultades en evolución y el principio de la aptitud	63
3.4 Recursos adicionales	67
3.5 Referencias bibliográficas	67
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 3	69
Herramienta 3A: Hoja sobre el enfoque en los servicios basado en los derechos	71
Herramienta 3B: Las mujeres jóvenes, los derechos internacionales y el aborto	73
Herramienta 3C: El principio de la aptitud	82
Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas	87
4.1 Introducción	88
4.2 Definición	88
4.3 Beneficios	88
4.4 Alianzas en los servicios de aborto	91
4.5 Monitoreo y evaluación	93
4.6 Recursos adicionales	94

4.7 Referencias bibliográficas.....	94
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 4.....	97
Herramienta 4A: Hoja sobre cómo forjar alianzas entre personas jóvenes y adultas	98
Herramienta 4B: Trabajando con personas jóvenes.....	99
Herramienta 4C: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto	107
Herramienta 4D: Barreras para establecer alianzas exitosas con personas jóvenes y cómo superarlas.....	108
Herramienta 4E: Cómo evaluar las alianzas con personas jóvenes	110
Módulo 5: Ampliando el acceso a los servicios de aborto.....	113
5.1 Introducción	114
5.2 Abordando las barreras sociales	114
5.3 Abordando las barreras económicas y logísticas.....	114
5.4 Abordando las barreras legislativas y políticas.....	115
5.5 Abordando las barreras de los sistemas de salud	116
5.6 Recursos adicionales.....	121
5.7 Referencias bibliográficas.....	122
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 5.....	123
Herramienta 5A: Hoja sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de aborto	125
Herramienta 5B: Abordando las barreras a los servicios.....	127
Herramienta 5C: Preguntas para evaluar la preparación de la unidad de salud para proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes	131
Herramienta 5D: Mejorando las normas y pautas de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.....	134
Herramienta 5E: Mejorando el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto ...	138

Módulo 6: Asegurando la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados	145
6.1 Introducción	146
6.2 Actitudes del personal de salud	146
6.3 Consejería sobre las opciones.....	146
6.4 Consejería sobre el aborto	148
6.5 Consejería y métodos anticonceptivos postaborto.....	152
6.6 Atención clínica.....	155
6.8 Referencias bibliográficas.....	159
HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 6	163
Herramienta 6A: Hoja sobre cómo asegurar la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados	165
Herramienta 6B: A través de sus ojos: experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto.....	168
Herramienta 6C: Habilidades de consejería	170
Herramienta 6D: Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes	177
Herramienta 6E: Encuesta sobre la percepción que tienen las mujeres jóvenes de los servicios de aborto.....	180
Herramienta 6F: Ejemplo de un cartel	189
Glosario de términos	190
Herramientas para el taller	193
Programa del taller de cuatro días	195
Encuesta preliminar al taller	199
Encuesta posterior al taller	206
Respuestas a la encuesta del taller	213

Formulario de evaluación del taller	217
Constancia de participación	221

Contenido del CD-ROM

Documentos del juego de herramientas

- *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación*
- Presentación en PowerPoint de Servicios de aborto para las mujeres jóvenes
- Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: resultados y recomendaciones de la encuesta de evaluación de necesidades
 - Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: revisión de la literatura
- Ejemplo de un cartel
- Herramientas para el taller

Recursos

- *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales, que incluye:*
 - Actividades adaptadas para mujeres jóvenes en situación de aborto
- *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso. Manual de referencia y Manual del capacitador*
- *Explorando el tema de aborto: recopilación de actividades de autorreflexión y sensibilización para audiencias internacionales*
- *La atención del aborto centrada en la mujer. Manual de referencia y Manual del capacitador*

Agradecimientos

Las autoras desean expresar su gratitud a todas las personas que brindaron apoyo y orientación en la conceptualización, elaboración y revisión de este juego de herramientas. Estamos muy agradecidas a Lauren Westervelt, una estudiante matriculada en el programa de maestría quien trabajó en Ipas como interna a fin de adquirir experiencia profesional, por sus numerosos aportes importantes. Ella desempeñó un papel decisivo en determinar la necesidad y la base para este juego de herramientas mediante una evaluación de necesidades globales y una revisión de la literatura (disponible en el CD-ROM) y aportó valiosas ideas durante la fase inicial de la elaboración del juego de herramientas. Joan Healy realizó varias series de orientación y revisión técnica a fondo. Damos las gracias a la consultora Lisa Moreau por elaborar la versión preliminar de varias herramientas.

Un equipo internacional de revisores técnicos de Ipas proporcionó retroalimentación sustancial y perspicaces recomendaciones: Mary Fjerstad, Leila Hessini, Brooke Levandowski, Makgoale Magwentshu, Joachim Osur, Bill Powell, Patty Skuster y Laura Villa. Agradecemos también al equipo del Centro de Recursos de Ipas –integrado por Julia Cleaver, Michael Hughes, Allison Long, Elese Stutts y Jean Vollrath– por su valiosa ayuda para localizar las numerosas referencias bibliográficas revisadas para las recomendaciones basadas en evidencia.

Las autoras desean agradecer a las siguientes organizaciones y personas que revisaron el juego de herramientas y proporcionaron retroalimentación y recomendaciones valiosas:

Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.: Gabriela García Patiño, Eugenia López Uribe y Oriana López Uribe

CHOICE for Youth and Sexuality: Annelies Mesman

Fundación para la Salud del Adolescente del 2000: Sandra Vázquez y Nina Zamberlin

Gram Praudyogik Vikas Sansthan: Ripudaman Kumar, Himani Mishra, Surendra K. Sinha y las 16 personas jóvenes encuestadas

Federación Internacional de Planificación de la Familia: Doortje Braeken, Katie Chau, Kelly Culwell y Kat Watson

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO): Marcela Rueda Gómez

Marie Stopes International: Kate Worsley

Pathfinder International: Gwyn Hainsworth

Planned Parenthood Federation of America: Jeanne Ewy, Nyanda Labor, Deborah Nucotola y Claire Tibbets

Swedish Association for Sexuality Education: Christina Rogala

Personas:

Michelle Forcier

Las siguientes organizaciones revisaron y aprobaron este juego de herramientas:

Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.

CHOICE for Youth and Sexuality

Fundación para la Salud del Adolescente del 2000

Gram Praudyogik Vikas Sansthan

Federación Internacional de Planificación de la Familia

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental

Pathfinder International

Swedish Association for Sexuality Education

Acercas de este juego de herramientas

Este juego de herramientas fue creado para ayudar a asegurar que todos los programas y servicios de aborto sean accesibles y apropiados para las mujeres jóvenes. Es un recurso global para profesionales de la salud, capacitadores, administradores, gerentes de programas, funcionarios de sistemas de salud y asesores técnicos de programas y servicios de aborto. Está diseñado para proporcionar información y orientación sobre la prestación de servicios de aborto inducido apropiados para las mujeres jóvenes (de 10 a 24 años de edad) y para garantizar el acceso a estos servicios. Además, ofrece a capacitadoras y capacitadores experimentados antecedentes, materiales, instrucciones y consejos necesarios para facilitar las sesiones de capacitación de manera eficiente.

Enfoque

Este juego de herramientas se centra en los servicios de aborto inducido para las mujeres jóvenes para todas las indicaciones pertinentes permitidas por la ley. En casi todos los países, salvo unos pocos, la ley permite el aborto por una o más indicaciones, aunque algunas leyes son muy restrictivas. La intención es que los sistemas y profesionales de la salud proporcionen servicios de aborto al máximo grado permitido por la ley y asegurar que todas las mujeres elegibles, incluso las mujeres jóvenes, tengan acceso a los servicios a los cuales tienen derecho. No se trata específicamente la atención postaborto (APA) u otros servicios relacionados, aunque gran parte del contenido se aplica también a la APA y otros servicios de salud. Existen excelentes recursos sobre la prestación de atención postaborto a las mujeres jóvenes, como la herramienta elaborada por Pathfinder International de atención postaborto centrada en las jóvenes (Hainsworth et al. 2008). Este juego de herramientas se enfoca en la prestación y accesibilidad de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. La orientación y herramientas sobre los servicios de aborto para las mujeres en general se abarcan en otros recursos, como el currículo de Ipas sobre la atención del aborto centrada en la mujer (Hyman y Castleman 2005, Hyman et al. 2005), disponible en el CD-ROM y en www.ipas.org.

El juego de herramientas contiene más información sobre la promoción y defensa (*advocacy*), las alianzas y la prestación de servicios, que sobre asuntos clínicos, porque existe poca evidencia empírica de los aspectos clínicos de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes en particular. Las investigaciones demuestran pocas diferencias en las necesidades clínicas de las mujeres jóvenes comparadas con las adultas. Más significativos son los factores programáticos a tomar en consideración y las diferentes maneras en que el personal de salud trata a las mujeres jóvenes. Este juego de herramientas ofrece orientación de utilidad para identificar y eliminar las barreras a los servicios de aborto y para asegurar que se brinde atención adecuada a las mujeres jóvenes.

Elaboración del juego de herramientas

Con el fin de elaborar orientación para los servicios de aborto dirigidos a las mujeres jóvenes, las autoras analizaron la evidencia clínica actual (en particular artículos de revistas revisadas por pares), realizaron una revisión de la literatura global sobre las investigaciones relacionadas con modelos de prestación de servicios orientados a las personas jóvenes, una encuesta y revisión de los materiales de capacitación y enfoques relacionados con

el aborto, así como las perspectivas de la juventud a nivel mundial expresada en las investigaciones publicadas, respuestas a encuestas, ensayos, poemas y arte. Una joven estudiante matriculada en el programa de maestría participó activamente en realizar investigaciones y recopilar información para elaborar el juego de herramientas. Además, se solicitó a jóvenes de cuatro países que revisaran el juego de herramientas y sus comentarios fueron incorporados en la versión final.

Audiencias

Aunque las principales audiencias de este juego de herramientas son profesionales de la salud, capacitadores, administradores, gerentes de programas, funcionarios de sistemas de salud y asesores técnicos de programas y servicios de aborto, algunos materiales también se pueden utilizar con una variedad de partes interesadas, tales como grupos comunitarios, personas jóvenes, formuladores de políticas, promotores y donantes. Dado que esta publicación fue elaborada como un juego de herramientas global, su contenido y actividades no fueron adaptados para un país o contexto específico. El contenido deberá adaptarse para satisfacer las necesidades de la audiencia específica. A continuación se proporciona información sobre la adaptación.

Lenguaje

Nos referimos a las “mujeres jóvenes” a lo largo de casi todo el juego de herramientas. Cuando los asuntos son pertinentes tanto para las mujeres jóvenes como los hombres, hablamos sobre las “personas jóvenes” y los roles y la inclusión de los hombres jóvenes en los servicios de aborto. En el Módulo 1, describimos la distinción entre sexo y género y respetuosamente reconocemos las importantes matices de las identidades y expresiones únicas, tanto sexuales como de género, de las personas, y su derecho a éstas.

En este juego de herramientas, se tratan los servicios de aborto que son adecuados y accesibles para las mujeres jóvenes, y creados en alianza con ellas. Ipas y las organizaciones aliadas que aprueban este juego de herramientas recomiendan y promueven los servicios de salud para las personas jóvenes que respeten los derechos humanos, incluyan a las personas jóvenes como aliadas y líderes en su propia salud, sean accesibles a todas las personas jóvenes y sean clínicamente seguros y adecuados.

Investigación preliminar

En 2010, utilizando una revisión de la literatura y una encuesta, Ipas realizó una evaluación de necesidades en cuanto a materiales de capacitación y educación, experiencias y prácticas de profesionales de la salud respecto a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes. La revisión de la literatura sintetizó la información de 45 documentos clave que se encontraron en extensas búsquedas de la literatura gris, así como artículos publicados. La encuesta recolectó datos del personal y consultores de Ipas y del personal de sus organizaciones aliadas. La evaluación encontró que la mayoría de los materiales de capacitación y educación utilizados con frecuencia no estaban relacionados específicamente con la juventud. Aunque sí había materiales sobre cómo proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a las personas jóvenes, no había ningún material sobre cómo proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes. Los pocos materiales centrados en las personas jóvenes que mencionaban el aborto se referían principalmente a la atención postaborto y la anticoncepción y evitaban la inclusión de la atención integral del aborto. Muchos materiales parecían reflejar la escasez de investigaciones sobre las personas jóvenes y los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los servicios de aborto, así como la poca base de evidencia para hacer recomendaciones. La encuesta indicó que las y los profesionales de la salud desean recibir capacitación especializada en la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes. A raíz de estos hallazgos, Ipas determinó que se necesitaba un juego de herramientas para la capacitación en la prestación de servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes, que tomara en consideración estos factores, al igual que más investigaciones (Westervelt et al. 2011). El informe sobre la evaluación de necesidades, que incluye la revisión de la literatura, está disponible en el CD-ROM.

Organización de este juego de herramientas

En la Parte I se exponen los antecedentes, los principales términos y asuntos clave relacionados con los servicios de aborto para las mujeres jóvenes:

- En el Módulo 1 se demuestra por qué es necesario el enfoque en las mujeres jóvenes y el aborto. Es una introducción al tema y proporciona las definiciones de los términos y asuntos básicos.
- En el Módulo 2 se describen las barreras sociales, económicas, logísticas, legislativas, políticas y de sistemas de salud que impiden o dificultan el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto seguro. Este módulo se puede utilizar para identificar las áreas que se deben mejorar.

En la Parte II se ofrecen herramientas y orientación para implementar los Cuatro Pilares de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes:

- En el Módulo 3 se presentan los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes y sus derechos a tomar decisiones en cuanto a los servicios de salud que reciben. Se establecen servicios de aborto basados en los derechos.
- El Módulo 4 trata sobre cómo forjar alianzas entre personas adultas y jóvenes respecto a los servicios de aborto para asegurar que estos sean participativos en todas las etapas de la prestación de servicios.
- En el Módulo 5 se aborda cómo mejorar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto al eliminar muchas de las barreras sociales, logísticas, políticas y de los sistemas de salud que enfrentan.
- En el Módulo 6 se exponen los factores que deben tomar en consideración las y los profesionales de la salud al proporcionar servicios de aborto que sean clínicamente seguros y adecuados para las mujeres jóvenes.

Cada módulo contiene herramientas para mejorar la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes, así como una lista de recursos adicionales y referencias bibliográficas.

Cómo utilizar este juego de herramientas

Los módulos en este juego de herramientas se pueden utilizar en el orden en que aparecen en un taller integral o aparte para satisfacer necesidades específicas de programas o capacitación. Cuando se utilice un solo módulo o unos pocos módulos, es esencial asegurarse de que cada participante tenga los conocimientos necesarios de la información proporcionada en los módulos anteriores, ya que los módulos subsiguientes se basan en módulos anteriores.

Adaptación

Dado que en casi todos los países del mundo existe una o más indicaciones por las cuales el aborto es permitido por la ley, la información en este juego de herramientas es aplicable en casi todos los ámbitos. Sin embargo, en los preparativos y en las notas del equipo facilitador en las instrucciones para las actividades se ofrece orientación en cuanto a cuándo adaptar el contenido o el formato para que sea más adecuado y pertinente para el grupo de participantes. El equipo facilitador debe recopilar información sobre las leyes y políticas locales, normas socioculturales, prácticas de prestación de servicios, barreras al acceso y otros factores que se deben tomar en consideración, y adaptar el contenido según sea necesario.

Es importante considerar lo siguiente:

- Un taller regional con participantes de diferentes países se presta para que las personas sean agrupadas en equipos por país para ciertas actividades. En las sesiones que se

ofrecen en el país posiblemente se presente la oportunidad de agrupar a las y los participantes por región o estado.

- El nivel de experiencia y habilidades entre participantes posiblemente varíe. Esto se debe tratar de antemano al diseñar el taller y adaptar las actividades y representaciones, aunque la mayoría de los materiales son adecuados para una gran variedad de habilidades y experiencia.

Factores a tomar en consideración respecto al grupo de participantes y el taller

Número de participantes y configuración del cuarto: Estas actividades fueron creadas con un marco de tiempo que se basa en un número promedio de 24 participantes. Dado que muchas de las actividades están diseñadas para trabajo en grupos pequeños, la configuración física ideal del cuarto es grupos de 6 a 8 personas por cada mesa.

Selección de cada participante: Para tener un taller y resultados eficaces es esencial contar con apoyo para los servicios de aborto. Este juego de herramientas está dirigido a personas que ya apoyan los derechos sexuales y reproductivos, incluidos los servicios de aborto. Las y los profesionales de la salud que aún cuestionan sus valores, o que no apoyan los servicios de aborto, quizás deban asistir de antemano a un taller de **aclaración de valores**. Para obtener más información al respecto, por favor remítase a la publicación *Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales* (Turner y Page 2009), que se encuentra en el CD-ROM o en www.ipas.org.

Métodos y materiales de capacitación: Cada facilitador/a deberá leer el juego de herramientas de antemano para familiarizarse con su contenido y las referencias bibliográficas. El equipo facilitador puede cubrir el contenido utilizando diapositivas en PowerPoint, hojas para distribución a cada participante y materiales y actividades que se facilitan según las instrucciones incluidas. No es suficiente utilizar las diapositivas en PowerPoint por sí solas porque éstas no abarcan todo el contenido. Además, se recomienda enfáticamente no emplear el método de conferencia por sí solo, ya que éste disminuye considerablemente el aprendizaje y la retentiva de cada participante. Se incluyen las instrucciones para utilizar las hojas de rotafolio, por si las prefiere a las diapositivas en PowerPoint. Cada módulo contiene una hoja para distribución a cada participante, en la cual se resume la información clave; la hoja debe distribuirse después de abarcar el contenido del módulo. Las actividades y sus materiales acompañantes fueron elaborados según los principios del aprendizaje de adultos para facilitar la participación activa y la adquisición de conocimientos y habilidades para una variedad de estilos de aprendizaje.

Para obtener orientación y recursos generales sobre metodologías de capacitación eficaz, que incluyen ejemplos de ejercicios de rompehielo, actividades vigorizantes y evaluaciones, por favor remítase a la publicación de Ipas titulada *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso*. Manual de referencia y Manual del capacitador (Turner et al. 2003, Wegs et al. 2003), disponible en el CD-ROM y en www.ipas.org.

Evaluación y seguimiento: Se incluyen ejemplos de encuestas para antes y después del taller, que se pueden utilizar para evaluar los conocimientos iniciales, los niveles de adaptación y las actitudes respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, así como para discernir cambios desde el comienzo hasta el final del taller. Cada facilitador/a debe revisar las encuestas de antemano y hacer cualquier modificación necesaria para reflejar el contenido que se tratará en el taller. Se incluye también un ejemplo del formulario de evaluación del taller, con el fin de comparar la satisfacción de cada participante con los objetivos y las sugerencias para mejorar.

Ejemplo del programa: Se incluye un ejemplo de un programa de cuatro días para guiar el diseño de los talleres. Este ejemplo contiene actividades de aclaración de valores, las cuales se adaptaron específicamente para tratar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Además, se recomienda realizar actividades generales de aclaración de valores respecto al aborto antes de llevar a cabo un taller centrado en los servicios de aborto para las mujeres

jóvenes. El equipo facilitador debe crear un programa personalizado para el taller, que cumpla con el marco de tiempo y los objetivos específicos de cada taller. Además, se pueden incorporar actividades individuales de este manual en talleres sobre otros temas afines.

Contenido adicional para talleres: Se recomienda incluir contenido adicional para talleres relacionados con los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que no se incluye en este juego de herramientas. Por ejemplo: *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*, incluidas las “Actividades adaptadas para las mujeres jóvenes en situación de aborto” (Turner y Page 2009) y “Explorando el tema de aborto: recopilación de actividades de autorreflexión y sensibilización para audiencias internacionales” (McSmith et al. 2011), ambas publicaciones disponibles en el CD-ROM y en www.ipas.org. Además, puede consultar la sección de Recursos adicionales en cada módulo.

Meta y objetivos del taller

META: La meta de este taller es concientizar a las y los profesionales de la salud y otras partes interesadas respecto a la importancia de garantizar el acceso de las mujeres jóvenes a servicios de aborto basados en los derechos, que sean participativos, seguros y adecuados clínicamente.

OBJETIVOS: Al final de este taller, cada participante podrá:

- Articular de qué manera sus percepciones y suposiciones podrían afectar sus interacciones con las mujeres jóvenes y la prestación de servicios de aborto a éstas.
- Demostrar más empatía para las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto.
- Articular de qué manera sus suposiciones sobre género y sexualidad podrían afectar sus actitudes hacia las necesidades de las mujeres jóvenes respecto a los servicios de aborto.
- Definir a una persona joven sexualmente saludable.
- Describir las diferentes barreras que encuentran las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto seguro.
- Identificar los derechos humanos, sexuales y reproductivos que apoyan el derecho de una joven a recibir servicios de aborto seguro.
- Describir su función para garantizar el derecho de una joven a recibir servicios de aborto seguro.
- Identificar sus suposiciones respecto a la capacidad de las mujeres jóvenes para tomar decisiones.
- Determinar si una joven puede ser considerada capaz de decidir si necesita servicios de aborto, empleando el “principio de la aptitud”.
- Explorar de qué manera pueden participar las mujeres jóvenes en los servicios y programas de aborto a nivel comunitario y clínico.
- Identificar estrategias para afrontar los retos que enfrentan las mujeres jóvenes cuando intentan acceder a los servicios de aborto, por ejemplo: motivar la participación de las personas jóvenes.
- Formular estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto y la prestación de estos servicios para las mujeres jóvenes.
- Identificar las fortalezas y debilidades de una sesión de consejería sobre el aborto.

Referencias bibliográficas

Hainsworth Gwyn, Carolyn Boyce y Ellen Israel. 2008. *Assessment of youth-friendly postabortion care services: A global tool for assessing and improving postabortion care for youth*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Hyman, Alyson G., Teresa McInerney y Katherine Turner. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual del capacitador*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

McSmith, Deborah, Evelina Börjesson, Laura Villa y Katherine L. Turner. 2011. *Explorando el tema de aborto: recopilación de actividades de autorreflexión y sensibilización para audiencias internacionales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, Katherine, Christina Wegs y Betsy Randall-David. 2003. *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso. Manual del capacitador*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2009. *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Wegs, Christina, Katherine Turner y Betsy Randall-David. 2003. *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso. Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Westervelt, Lauren, Katherine L. Turner, Evelina Börjesson y Cansas Mulligan. 2011. *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: resultados y recomendaciones de la encuesta para la evaluación de necesidades*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Parte I: Introducción y barreras a los servicios

1. Introducción
2. Barreras a los servicios

parte uno

Módulo 1: Introducción



Imagen utilizada con el permiso de la Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (*Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights*) © 2007. Agradecemos especialmente al grupo de participantes del Taller Nacional para Abogar por Servicios de Aborto Seguro en Ecuador, que se llevó a cabo en el año 2007.

1.1 ¿Por qué centrarse en las mujeres jóvenes y el aborto?

Las recomendaciones en este juego de herramientas se basan en el marco de los derechos humanos. Todas las personas, incluidas las mujeres jóvenes, tienen derecho a la salud. Las mujeres jóvenes se enfrentan con vulnerabilidades y barreras únicas al acceso a los servicios de salud, que están relacionadas con su edad y género, y sus derechos a menudo no son reconocidos o respetados. La información y los servicios respetuosos de aborto seguro son esenciales para garantizar el bienestar y la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes. Un enfoque basado en los derechos supone la capacidad de las mujeres jóvenes para dar su consentimiento y participar activamente en los servicios de salud que reciben conforme a sus aptitudes.

Hay más de 1.7 mil millones de personas jóvenes de 10 a 24 años de edad en el mundo (PRB 2006). Ésta es la población más grande de personas jóvenes en la historia. Su ambiente y circunstancias socioculturales están cambiando, lo cual puede afectar su probabilidad de tener embarazos no deseados y abortos:

- Las niñas están alcanzando la pubertad a edades más tempranas que en décadas anteriores; por ejemplo, la edad promedio de la menarquia en Kenia fue de 14.4 años a finales de la década de los setenta, comparada con 12.9 años a finales de la década de los ochenta (OMS et al. 2006).
- Debido a los esfuerzos mundiales por ampliar las oportunidades para las mujeres jóvenes, muchas de ellas están permaneciendo en la escuela más tiempo, migrando más lejos de su lugar de nacimiento, entrando en la fuerza laboral en mayores números y casándose más tarde.
- Aunque la pubertad llega a una edad más temprana, en muchos países la edad promedio del matrimonio está aumentando tanto para las mujeres como para los hombres; por ejemplo, en África oriental y meridional, el 37% de las mujeres entre 20 y 24 años de edad, comparado con el 53% de las mujeres de 40 a 44 años de edad, se habían casado antes de cumplir los 18 años (Bremmer et al. 2009). El plazo durante el cual las mujeres podrían ser solteras a la vez que pueden quedar embarazadas se está extendiendo (Cook y Dickens 2000, Singh et al. 2000).
- El embarazo y la maternidad fuera del matrimonio son estigmatizados en muchas sociedades, lo cual puede llevar a las mujeres jóvenes solteras que están embarazadas a buscar servicios de aborto. Otras razones independientes del estado civil son: el deseo de continuar sus estudios, una pareja que no le brinda apoyo o que está ausente, recursos inadecuados, el embarazo fue producto de violencia o abuso, riesgos a la salud, o la mujer no desea ser madre en ese momento o nunca.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto continúan siendo una de las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad (Rowbottom 2007). Según los cálculos de las Naciones Unidas, más de 14 millones de mujeres jóvenes dan a luz cada año y más del 90% de estas jóvenes viven en países en desarrollo. La prevención del embarazo no deseado entre las mujeres jóvenes es esencial para disminuir las tasas de complicaciones y muertes relacionadas con el embarazo y el parto. Si las mujeres que desean evitar el embarazo tuvieran acceso a métodos anticonceptivos y los utilizaran de manera sistemática y correcta, las tasas de muertes maternas disminuirían en un 25% al 35% (Lule et al. 2007). Debido a las numerosas barreras a los servicios de aborto seguro, es probable que una joven que decide interrumpir su embarazo recurra al aborto inseguro, el cual contribuye en gran medida a las tasas de mortalidad y morbilidad maternas entre las mujeres jóvenes:

- Por lo menos 2.2 a 4 millones de los abortos inseguros anuales ocurren entre adolescentes en países en desarrollo (OMS 2007).
- En África subsahariana, más del 60% de los abortos inseguros ocurren entre mujeres menores de 25 años de edad (Greene et al. 2010).

- Mundialmente, las mujeres jóvenes menores de 20 años de edad constituyen el 70% de todas las hospitalizaciones por complicaciones de aborto inseguro (Plan 2007).
- Aproximadamente 47,000 mujeres mueren al año por complicaciones de aborto inseguro (Shah y Ahman 2010). En el año 2003, un 45% de las muertes relacionadas con el aborto inseguro ocurrieron entre mujeres jóvenes (OMS 2007).

Debido al número sumamente alto de mujeres jóvenes que continúan recurriendo a servicios de aborto inseguro, es imperativo asegurar que las mujeres jóvenes, independientemente de su estado civil, tengan acceso a servicios de aborto seguro como parte de los servicios de atención integral a la salud.

Existen muchas barreras sociales, económicas, logísticas, políticas y de sistemas de salud a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes, por ejemplo: estigma y actitudes negativas, temor de repercusiones negativas, falta de acceso a educación sexual integral, limitados recursos financieros, costo de los servicios, transporte, leyes referentes a la participación de los padres e inquietudes respecto a la privacidad y confidencialidad. Esto explica por qué las mujeres jóvenes a menudo no encuentran ninguna otra alternativa que recurrir al aborto inseguro, incluso en lugares donde el aborto seguro es legal. Además, explica el hecho de que las mujeres jóvenes que obtienen servicios de aborto tienden a accederlos más adelante en el embarazo que las adultas (Finer et al. 2006) y son más proclives que las adultas a retrasar la búsqueda de atención por complicaciones relacionadas con el aborto (OMS et al. 2006).

Debido a cambios continuos en el entorno y las circunstancias de las mujeres jóvenes, al índice sumamente alto de mujeres jóvenes que continúan poniendo su vida y su salud en riesgo cuando recurren al aborto inseguro, y a las numerosas barreras que enfrentan cuando intentan obtener servicios de aborto seguro, es imperativo ofrecer servicios de aborto centrados en las mujeres jóvenes.

Rol e inclusión de los hombres jóvenes

En este juego de herramientas nos centramos en las mujeres jóvenes porque ellas viven la experiencia de embarazos no deseados y abortos en su cuerpo y sobrellevan la carga principal de las consecuencias. Sin embargo, es crucial motivar a los hombres jóvenes a que desempeñen un rol proactivo en prevenir el embarazo no deseado, apoyar los derechos de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto seguro. Se debe considerar e incluir a los hombres jóvenes en el acceso a los servicios de aborto y en la prestación de estos, de una manera constructiva que aborde los retos y las barreras y no limite o perjudique los derechos de las mujeres.

“Incluir a los hombres jóvenes desde las etapas iniciales de su adolescencia es una manera eficaz de cambiar la relación tradicional entre los hombres jóvenes y las mujeres jóvenes y sus prácticas de salud sexual y reproductiva.” (IPPF 2004)

1.2 Cómo definir y entender a las mujeres jóvenes

Cómo definir a las mujeres jóvenes

Para ofrecer servicios de aborto que sean adecuados para las mujeres jóvenes, debemos definir y entender a las mujeres jóvenes. Las personas que se encuentran en la etapa de desarrollo entre el inicio de la pubertad y el inicio de la adultez determinado por la cultura, se llaman adolescentes, juventud y personas jóvenes. Durante la transición de la niñez a la adultez, las personas jóvenes pasan por considerables cambios biológicos, psicológicos, cognitivos, socioculturales y económicos (PRB 2000, OMS et al. 2006). Las personas de 10 a 19 años de edad generalmente son aceptadas como “adolescentes”, mientras que la “juventud” tiene entre 15 y 24 años de edad y el término “personas jóvenes” abarca ambos grupos de edad, es decir, de 10 a 24 años (PRB 2000, OMS et al. 2006). En este juego de herramientas, el término “mujeres jóvenes” se utiliza para hacer referencia a las mujeres de 10 a 24 años de edad.

La edad por sí sola no define a las mujeres jóvenes ni nos ayuda a entender sus necesidades. Las mujeres jóvenes son diversas y tienen diferentes circunstancias, como su estado civil, nivel de escolaridad, condición socioeconómica y condiciones de vivienda. El grupo etario de 10 a 24 años de edad abarca muchas etapas de desarrollo. Las jóvenes experimentan y expresan su género y sexualidad de diferentes maneras. Pueden tener relaciones sexuales con otras mujeres, con hombres o con ambos, independientemente de que decidan identificarse como lesbianas, bisexuales o heterosexuales. Su identidad de género puede existir en diferentes momentos a lo largo de un continuum. Para atender mejor las necesidades de las mujeres jóvenes, es importante reconocer su diversidad y sus diversas experiencias fluctuantes.

Desarrollo

El desarrollo físico de las mujeres jóvenes se caracteriza por lo siguiente:

- Períodos de crecimiento acelerado y cambios en la composición corporal;
- La aparición de características sexuales secundarias: desarrollo de los senos, aumento de las caderas y vello púbico y axilar;
- Mejoramiento de la capacidad sexual y establecimiento de capacidad reproductiva; aumento en tamaño, función y maduración de los órganos sexuales e inicio de la menstruación y fertilidad. (EngenderHealth 2002, PRB 2000, OMS et al. 2006).

El desarrollo social y la transición a la adultez reconocida culturalmente son más contextuales. Por lo general, la adultez es asociada con poseer madurez social e independencia de los padres y otras personas adultas. Dado que la transición hacia la adultez no es un suceso discreto sino que ocurre a lo largo de varios años, a menudo hay incertidumbre en cuanto al momento en que se alcanza la adultez y el grado de control que deben tener las personas jóvenes sobre las decisiones que las afectan a sí mismas y a otras personas; esto incluye marcadores codificados, como el derecho a dar su consentimiento para tener relaciones sexuales, votar y asumir la responsabilidad jurídica de sus propias acciones. Como tal, las personas jóvenes a menudo son marginadas económica, política y socialmente. Sin embargo, históricamente con frecuencia han sido agentes influyentes para lograr cambio social (Ginwright et al. 2006).

Sexo, género y sexualidad

Para las personas jóvenes, el proceso de explorar y aceptar su identidad sexual y de género puede ser confuso entre los numerosos mensajes culturales sobre lo que es “normal” o deseable. Este proceso puede ser más fácil para las personas jóvenes cuando las personas adultas, incluidas las y los profesionales de la salud, ofrecen apoyo sin prejuicios e información que se atiene a los hechos. El sexo, el género y la sexualidad son todos conceptos importantes y pertinentes que deben entender y tratar las personas que proporcionan servicios de aborto.

El sexo es una característica biológica, determinada por la presencia de cromosomas femeninos o masculinos y/o genitales. Es diferente al género. En la mayoría de las personas es fácil determinar su sexo. Sin embargo, la apariencia de algunas personas quizás no se pueda clasificar bajo las normas sociales estrictas para su sexo. Algunas personas nacen con genitales, órganos reproductivos y cromosomas que no se clasifican bajo las definiciones típicas de “hombre” y “mujer”; cuando continúan desarrollándose durante la pubertad, es aparente que su sexo es diferente a lo que se había supuesto cuando nació esa persona (SIECUS 2004).

El *género* es complejo y existe en múltiples niveles. En el nivel individual, es una característica psicológica, el sentido interno del ‘yo’, que se puede clasificar en algún punto en el continuum de mujer a hombre y que puede fluctuar a lo largo del ciclo de vida. La autopercepción, expresión y preferencias de una persona en cuanto a su género pueden ser diferentes a su sexo; esto puede resultar difícil de asimilar para algunas personas jóvenes, especialmente en sociedades donde el inconformismo respecto al género es tabú y estigmatizado.

En una sociedad, los roles de género son definidos por las expectativas culturales de cómo se debe comportar una niña/mujer o un niño/hombre y por las creencias culturales de lo que es intrínsecamente “femenino” y “masculino”. La desigualdad de género significa que los roles de género están inextricablemente vinculados a los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres en la mayoría de las sociedades (EngenderHealth 2002, SIECUS 2004). Muchas sociedades establecidas consideran el género como binario, mientras que algunas personas piensan que su género es más fluido y que no se puede clasificar en una de dos categorías. Kumar y sus colegas sugieren que una mujer que interrumpe su embarazo está en conflicto con ideas muy extendidas de lo que es “femenino”: que la sexualidad de la mujer es exclusivamente para la procreación, que la maternidad es inevitable y que las mujeres son instintivamente maternas (2009). Las creencias culturales respecto al género pueden variar por edad; ciertos comportamientos son considerados estrictamente femeninos o masculinos en personas adultas pero no necesariamente en niñas y niños o en personas jóvenes. Por ejemplo, el interés o la curiosidad por el sexo puede ser considerado como femenino y por ende deseable en una mujer adulta casada, pero masculino y por ende indeseable en una mujer joven. Debido a los roles de género culturales también podría resultar difícil para una mujer joven negarse a tener relaciones sexuales o a casarse con un hombre, debido al valor cultural que se le otorga al hecho de que una mujer tenga una pareja de sexo masculino. Por todas estas creencias culturales respecto al género, la toma de decisiones y el acceso a los servicios de aborto podrían ser difíciles para una mujer joven si su familia, el personal de la clínica de aborto y las y los profesionales de la salud no han examinado sus suposiciones respecto al género.

La *sexualidad* es muy pertinente para los servicios de aborto seguro. Una persona sexualmente saludable, ya sea joven o adulta, es alguien que piensa que tiene el derecho y la capacidad —mediante información correcta y segura y servicios respetuosos de atención integral a la salud sexual y reproductiva— de disfrutar y expresar su sexualidad. Esa persona puede protegerse mientras explora las oportunidades de amor e intimidad (EngenderHealth 2002, SIECUS 2004). Las sociedades contribuyen a la salud sexual de su ciudadanía si crean poco estigma social y brindan mucho apoyo social, así como un ambiente con menos riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo no deseado, coerción, violencia y discriminación.

La sexualidad es definida por la manera en que una persona interpreta su propio sexo y género, los roles de género de su cultura, así como:

- sus relaciones con familiares, amistades y parejas románticas y sexuales;
- su comportamiento sexual como masturbarse, besar, tocar, tener coito sexual, abstinencia y fantasías;
- su salud sexual, incluidos el conocimiento y acceso a consejería, métodos anticonceptivos, aborto, prevención y tratamiento de ITS, otras inquietudes respecto a la salud reproductiva y disfunción sexual.

"creo que la sexualidad alude a tantas cosas que están presentes en conexión con el sexo, pero no solo al coito sexual: por lo tanto, la sexualidad saludable hace referencia a todos los sentimientos, emociones y actitudes respecto a tener relaciones sexuales y el momento en que se tienen, en su totalidad."
- persona joven, en etiopía

La sexualidad también puede verse afectada por la violencia sexual, definida como todo uso abusivo o injusto de poder con un aspecto sexual, incluido el uso de la sexualidad para manipular a otras personas (Irvin 2004).

Expectativas

Se espera que yo sea;

Pero aún sigo siendo débil.

Se espera que yo llegue a ser una profesional;

Pero también una buena madre.

Se espera que yo me someta

Y que nunca me rebele.

Se espera que yo sea bondadosa;

Y nunca egoísta.

Se espera que yo satisfaga a mi pareja,

Sin importar mis sentimientos.

Se espera que yo lave, cocine y limpie

Y que nunca me sienta cansada.

Tengo derecho a la libertad;

Pero para mí es un mito.

(Por Renee María Cozier, Trinidad, *Youth Coalition* 2007)

1.3 Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Los servicios de aborto para las mujeres jóvenes se basan en cuatro pilares:

- Respeto por las mujeres jóvenes y sus derechos
- Participación de las mujeres jóvenes en todas las etapas de la prestación de servicios

- Accesibilidad
- Seguridad e idoneidad

Los principios rectores de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes son:

- Las mujeres jóvenes tienen derecho a decidir si tener o no relaciones sexuales, cuándo tenerlas y con quién.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a decidir si tener o no hijos, cuándo tenerlos y con quién.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir servicios de salud de alta calidad, que incluyen atención integral del aborto y servicios de anticoncepción.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir atención confidencial que proteja su privacidad y seguridad.
- Las mujeres jóvenes son las actrices más importantes en sus servicios de salud sexual y reproductiva.
- Las mujeres jóvenes tienen perspectivas y experiencias que no tienen las personas de edad más avanzada, lo cual puede ser de utilidad para mejorar la prestación de servicios.
- Es de suponer que si las mujeres jóvenes buscan servicios de aborto seguro por su propia voluntad, son capaces de dar su consentimiento informado para recibir esos servicios.

Estos principios no se deben limitar ni por la edad, sexualidad, estado civil, estado de VIH o condición socioeconómica de una joven, ni por el marco legislativo referente al aborto en su país.

Las características clave de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes son:
(Adaptadas de Senderowitz 1999)

- Las mujeres jóvenes son bienvenidas como usuarias.
- El personal de salud trata a todas las mujeres jóvenes con respeto.
- El personal de salud está capacitado en los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.
- La unidad o profesional de la salud colabora con personas jóvenes en la prestación de servicios, por ejemplo: consejero asesor de jóvenes, personal de consejería para la juventud o defensor/a de pacientes jóvenes.
- La unidad o profesional de la salud colabora con otras partes interesadas en la comunidad cuando es posible.
- Se respeta la privacidad y confidencialidad de las usuarias.
- Se fomenta pero no se exige la participación de una persona adulta que le brinde apoyo a la usuaria.
- La unidad de salud tiene un horario conveniente y está situada en un lugar conveniente.
- Las tarifas son razonables.
- Las esperas son cortas y se les permite a las usuarias presentarse sin cita.
- Se concede suficiente tiempo para la prestación de servicios.
- Se ofrece una amplia gama de servicios, o se proporcionan referencias.

1.4 Recursos adicionales

Aggleton, Peter y Richard Parker, eds. 2010. *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. Nueva York, NY: Routledge.

De Bruyn, Maria y Nadine France. 2001. *Género o sexo: ¿a quién le importa? Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes*. Chapel Hill: Ipas. Fuente: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file124_2792.pdf

EngenderHealth. 2002. Sexuality and Sexual Health online minicourse. Nueva York, NY: EngenderHealth. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/courses/sshcourse.pdf>

EngenderHealth. 2002. *Youth-friendly services: A manual for providers*. Nueva York, NY: EngenderHealth. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/pubs/gender/youth-friendly-services.php>

Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2011. *Understanding Young People's Right to Decide, What is childhood and what do we mean by 'young person'?* Londres: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental. 2008. *Caja de herramientas sobre diversidad sexual*. IPPF/RHO. Fuente: http://www.ippfwhr.org/es/SDtoolkit_es

The International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2009. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. Nueva York, NY: The Population Council. Recomendamos en particular la Unidad 2 de las Guías titulada "Género". Fuente: http://www.popcouncil.org/publications/books/2010_ItsAllOne.asp

Ipas. 2011. *¿Qué pueden hacer los hombres para apoyar el derecho a tener opciones reproductivas?* Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file750_5974.pdf

Senderowitz, Judith, Cathy Solter y Gwyn Hainsworth. 2002. "Módulo 16: Servicios de salud reproductiva para adolescentes". En *Currículum de capacitación en salud reproductiva y planificación familiar*. Watertown: Pathfinder International. Fuente: http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Pubs_Training_Curriculum

SIECUS. 2004. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten through 12th Grade, Third Edition*. Nueva York: SIECUS. Disponible en línea en: http://www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf

UNESCO. 2009. *International guidelines on sexuality education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education*. París: UNESCO. Disponible en línea en: http://graphics8.nytimes.com/packages/pdf/world/082509_unesco.pdf

1.5 Referencias bibliográficas

Bremmer, Jason, Carl Haub, Marlene Lee, Mark Mather y Eric Zuehlke. 2009. World Population Highlights: Key Findings from PRB's 2009 World Population Data Sheet. *Population Bulletin* 64 (3). Washington, DC: PRB

Cook, Rebecca y Bernard Dickens. 2000. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 70: 13-21.

Cozier, Renne Maria. 2007. "Expectations". In *International Youth Perspectives on Abortion: A Collection of Essays, Poems and Drawings*. Ottawa: The Youth Coalition.

- EngenderHealth. 2002. *Youth-friendly services: A manual for providers*. Nueva York, NY: EngenderHealth.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). 2004. SRH: whose concern? *X-press*, 6(1): 5.
- Finer, Lawrence B., Lori F. Frohwirth, Lindsay A. Dauphinée, Susheela Singh y Ann M. Moore. 2006. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*. 74(4): 334-44.
- Ginwright, Shawn, Pedro Noguera y Julio Cammarota, eds. 2006. *Beyond Resistance! Youth Activism and Community Change: New Democratic Possibilities for Practice and Policy for America's Youth*. Nueva York, NY: Routledge.
- Greene, Margaret E., Laura Cardinal y Eve Goldstein-Siegel. 2010. *Girls Speak: A New Voice in Global Development*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Irvin, Andrea. 2004. *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates*. Nueva York, NY: International Women's Health Coalition.
- Kumar, Anuradha, Leila Hessini y Ellen M.H. Mitchell. 2009. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health and Sexuality*. 11 (6): 625-39.
- Lule, Elizabeth, Susheela Singh y Sadia Afroze Chowdhury. 2007. Fertility Regulation Behavior and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe and Central Asia. HNP Discussion Paper. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/El Banco Mundial.
- Organización Mundial de la Salud, Commonwealth Medical Association Trust y UNICEF. 2006. *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. 2007. *Unsafe abortion: Global and regional estimate of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Plan. 2007. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2007*. Londres: Plan.
- Population Reference Bureau. 2006. The World's Youth 2006 Data Sheet. Washington, DC: PRB/BRIDGE.
- Rowbottom, Sara. 2007. *Giving girls today and tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*. Nueva York: UNFPA.
- Senderowitz, Judith. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly. Research, Program and Policy Series*. Washington, DC: Focus on Young Adults/Pathfinder International.
- SIECUS. 2004. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten through 12th Grade, Third Edition*. Nueva York: SIECUS.
- Shah, Iqbal y Elisabeth Ahman. 2010. Unsafe abortion in 2008: Global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*, 18 (36): 90-101.
- Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Renee Samara e Yvette P. Cuca. 2000. Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries: *International Family Planning Perspectives*. 26 (1): 21-8.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 1

HERRAMIENTA 1A: Hoja de introducción

HERRAMIENTA 1B: Las mujeres jóvenes son...

HERRAMIENTA 1C: Género y aborto

HERRAMIENTA 1D: Cómo definir a una persona joven sexualmente saludable

HERRAMIENTA 1E: El apoyo que necesitábamos durante nuestra juventud

Herramienta 1A: Hoja de introducción

¿Por qué centrarse en las mujeres jóvenes y el aborto?

- Las mujeres jóvenes tienen derecho a la salud, que incluye servicios de aborto seguro.
- Las complicaciones del embarazo y el parto son una causa principal de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad.
- Las mujeres jóvenes son más propensas que las adultas a recurrir a servicios de aborto inseguro; en el año 2003, un 45% de las mujeres que murieron por causa del aborto inseguro eran mujeres jóvenes.
- Las mujeres jóvenes se enfrentan con barreras únicas al acceso a los servicios de aborto.

Cómo definir y entender a las mujeres jóvenes

Mujeres jóvenes: En este juego de herramientas, el término “mujeres jóvenes” se utiliza para hacer referencia a las mujeres de 10 a 24 años de edad. Ellas son diversas y sus circunstancias difieren.

Desarrollo: El desarrollo físico está bien definido, mientras que el desarrollo social y la transición a la adultez reconocida culturalmente, en torno a la cual suele haber incertidumbre, son determinados por la cultura local.

Sexo: Ésta es una característica biológica, determinada por cromosomas y genitales.

Género: El sentido interno de una persona de su lugar en el continuum de mujer a hombre puede ser diferente a su sexo. En una sociedad, los roles de género son las expectativas culturales de cómo se debe comportar una niña/mujer o un niño/hombre y qué es intrínsecamente “femenino” y “masculino”.

Sexualidad: La sexualidad es definida por la manera en que una persona interpreta su sexo y género, por los roles de género establecidos por su cultura, relaciones, comportamiento sexual y salud sexual. Una persona sexualmente saludable piensa que tiene el derecho y la capacidad para disfrutar y expresar su sexualidad.

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

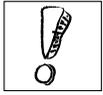
Los cuatro pilares:

- Respeto por las mujeres jóvenes y sus derechos
- Participación de las mujeres jóvenes en todas las etapas de la prestación de servicios
- Accesibilidad
- Seguridad e idoneidad

En este juego de herramientas se proporcionan herramientas e información para:

- Ofrecer servicios de aborto basados en los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes.
- Forjar alianzas entre personas adultas y personas jóvenes con relación a los servicios de aborto.
- Eliminar las barreras que enfrentan las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto.
- Proporcionar servicios de aborto clínicamente seguros y adecuados para las mujeres jóvenes.

Herramienta 1B: Las mujeres jóvenes son...



Propósito

Esta actividad fue creada como un ejercicio de rompehielo para presentar el tema de cómo trabajar con las mujeres jóvenes, y las personas jóvenes en general, en la prestación de servicios de aborto seguro.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar sus percepciones y suposiciones respecto a las mujeres jóvenes y las personas jóvenes en general.
- Articular de qué manera estas percepciones y suposiciones podrían afectar sus interacciones con las personas jóvenes y la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes.



Materiales

- Bolígrafos
- Hoja de trabajo titulada “Las mujeres jóvenes son...”



Tiempo

20 minutos en total



Instrucciones

1. Distribuya la hoja de trabajo y un bolígrafo a cada participante.
2. Explique al grupo de participantes que primero usted dirá una palabra; cada participante debe escribir la palabra seguida de las primeras tres palabras que se le ocurran. Pídales que no respondan en voz alta, sino que piensen y escriban en silencio, sin censurar o modificar sus respuestas. Explique que usted dirá seis palabras en total.
3. Diga las siguientes palabras, una palabra o frase a la vez, y conceda suficiente tiempo para que cada participante escriba la palabra seguida de las primeras tres palabras que se le ocurran, pero no demasiado tiempo de manera que no puedan censurar o modificar sus respuestas.
 - Niños
 - Adolescentes
 - Mujeres jóvenes
 - Hombres jóvenes
 - Personas jóvenes
 - Menores

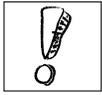
5. Después que diga las seis palabras, pida al grupo de participantes que lean en silencio sus respuestas y reflexionen al respecto. Recuérdeles que no deben juzgar o criticar lo que escribieron, sino simplemente reflexionar sobre el posible significado de sus respuestas.
 - *En un grupo grande, revise cada palabra y solicite que unas pocas personas compartan sus respuestas a cada palabra. Luego discuta sus respuestas haciendo las siguientes preguntas:*
 - *¿Cuáles son sus observaciones de las palabras que escribieron?*
 - *¿Las palabras que escribieron son principalmente positivas, negativas o neutrales? Si son negativas, ¿cómo lo explicarían?*
 - *Si sus palabras para “mujeres jóvenes” fueron muy diferentes a sus palabras para “hombres jóvenes”, ¿cómo lo explicarían?*
 - *¿Qué suposiciones hacemos a veces respecto a las mujeres jóvenes? ¿Los hombres jóvenes? ¿Las personas jóvenes?*
 - *¿De qué manera sus percepciones de las personas jóvenes afectan sus interacciones con ellas? ¿De qué manera afectan los servicios de aborto que usted les proporciona?*
 - *Vuelvan a leer sus palabras en silencio. ¿Expresan que las personas jóvenes son activas o pasivas? ¿Notaron una diferencia entre las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes en este sentido? ¿Sus palabras describieron a las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes como agentes de su propia vida?*
6. Destaque los puntos importantes de la discusión anterior. Asegúrese de tratar los siguientes puntos:
 - A menudo hacemos suposiciones respecto a las personas jóvenes.
 - Algunas personas incluso tienen asociaciones negativas con las personas jóvenes.
 - A veces tendemos a ver a las personas jóvenes como agentes pasivos en vez de activos en su propia vida.
 - Esta conciencia de nuestras percepciones y suposiciones es el primer paso que podemos dar para evaluar y mejorar nuestras interacciones y la prestación de servicios de aborto.
 - Posiblemente sea necesario ajustar la manera en que pensamos y hablamos sobre las personas jóvenes y con ellas para mejorar la calidad y eficacia de nuestras interacciones y la prestación de servicios.
 - Podemos retarnos y retar a otras personas para ver a las personas jóvenes de una manera más amplia y positiva, con más matices.
7. Pida que algunas personas compartan sus reflexiones sobre esta actividad. Concluya la sesión compartiendo los siguientes puntos:
 - *El propósito de esta actividad era crear mayor conciencia de nuestras percepciones y suposiciones no exploradas respecto a las personas jóvenes. Podemos utilizar esta conciencia para evaluar y mejorar nuestras interacciones y la prestación de servicios. Además, podemos retarnos para pensar de manera más amplia y abierta con respecto a las personas jóvenes.*
8. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Hoja de trabajo: Las mujeres jóvenes son...

Instrucciones: Cuando oigan cada palabra, escríbala, seguida de las primeras tres palabras que se les ocurran. Por favor piensen y escriban en silencio. No censuren ni cambien sus respuestas.

Palabra	Primeras tres palabras que se les ocurran

Herramienta 1C: Género y aborto



Propósito

Explorar de qué manera nuestro entendimiento de género puede afectar nuestras actitudes sobre las mujeres jóvenes y los servicios de aborto.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar sus suposiciones respecto a la sexualidad de las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes.
- Articular de qué manera las suposiciones sobre el género y la sexualidad podrían afectar sus actitudes hacia las necesidades de las mujeres jóvenes con relación a los servicios de aborto.



Materiales

- Rotafolio, caballete, cinta adhesiva, marcadores
- Hojas de trabajo A y B sobre género y aborto



Tiempo

5 minutos: Introducción

20 minutos: Trabajo en grupos pequeños

15 minutos: Discusión en plenaria

40 minutos en total



Preparativos

- Si las y los participantes necesitan adquirir un mejor entendimiento del género, sexo y la socialización de género para obtener el máximo beneficio de esta actividad, quizás sea aconsejable facilitar primero actividades de la publicación de lpas titulada *Género o sexo: ¿a quién le importa?*, las cuales se encuentran en la sección de Recursos adicionales del Módulo 1.
- Determinar si dividirá a las y los participantes en grupos segregados por sexo o en grupos mixtos. Aunque la discusión podría ser más rica en grupos mixtos, en algunos contextos resulta inaceptable discutir la sexualidad con personas del sexo opuesto.



Instrucciones

1. Presente la actividad diciendo lo siguiente:
 - *El género es complejo y existe en múltiples niveles. En el nivel individual, es una característica psicológica, el sentido interno del yo de una persona, que cae en algún punto a lo largo del continuum de mujer a hombre. Puede fluctuar a lo largo del ciclo de vida. La autopercepción, expresión y preferencias de una persona en cuanto a su género pueden ser diferentes a su sexo; esto puede resultar difícil para algunas personas jóvenes, especialmente en sociedades donde la inconformidad con su género es tabú y estigmatizada.*
 - *En el nivel de la sociedad, los roles de género son las expectativas de una cultura en cuanto a cómo debe comportarse una niña/mujer o un niño/hombre y las creencias culturales respecto a lo que es intrínsecamente “femenino” y “masculino”.*
 - *Las desigualdades de género significan que los roles de género están inextricablemente vinculados con los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres en la mayoría de las sociedades.*
 - *Un mejor entendimiento del género nos permite analizar las relaciones entre mujeres jóvenes y hombres jóvenes, incluido el desequilibrio entre las oportunidades y el poder.*
2. Pida al grupo de participantes que formen grupos pequeños, los cuales pueden ser segregados por sexo o mixtos.
3. Distribuya la hoja de trabajo A sobre género y aborto a la mitad de los grupos y la hoja de trabajo B a la otra mitad. Explique que tendrán 20 minutos para leer la descripción y contestar todas las preguntas. Pida a cada grupo que designen a una persona para anotar las respuestas del grupo a las preguntas y presentarlas de manera concisa ante el grupo en plenaria.
4. Pida a las personas que vuelvan a reunirse en plenaria. Explique que, aunque cada grupo tuvo la misma descripción, para la mitad de los grupos, la Persona X fue una mujer joven y para la otra mitad, la Persona X fue un hombre joven. Solicite al portavoz de cada grupo que primero indique si les tocó una mujer joven o un hombre joven y luego resuma las respuestas del grupo. Después, utilice algunas de las siguientes preguntas para facilitar una discusión:
 - *¿Qué diferencias vieron en las respuestas del grupo para el caso de la mujer joven comparadas con las respuestas para el caso del hombre joven?*
 - *¿Qué nos indican estas diferentes respuestas respecto a las percepciones y suposiciones de género que hacemos sobre la sexualidad?*
 - *¿De qué manera nuestras percepciones y suposiciones sobre las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes afectan nuestras interacciones con ellos? ¿De qué manera afectan nuestros criterios en cuanto a si deben o no deben tener derecho a participar en actividad sexual? ¿Si deben o no deben tener derecho a decidir respecto a la interrupción del embarazo? ¿La calidad de los servicios que tienen derecho de recibir?*
5. Resuma la discusión y destaque los siguientes puntos clave:
 - *Por medio de esta actividad, adquirimos un mejor entendimiento del género, que nos permite analizar las relaciones entre las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes, incluido el equilibrio entre oportunidades y poder.*
 - *Además, podemos adquirir un entendimiento más profundo sobre cómo existe el género a lo largo de un continuum y cómo los estereotipos de género no nos permiten apreciar la diversidad de expresión de género de las personas.*
 - *Las mujeres jóvenes a menudo son juzgadas negativamente por tener relaciones sexuales consensuales.*
 - *Debemos asegurar que las percepciones del personal de salud en cuanto a la sexualidad y el género no afecten negativamente el acceso de una joven a los servicios de aborto y la calidad de estos servicios.*
6. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Género y aborto: Hoja de trabajo A

Descripción:

La Persona X tiene 18 años de edad. Esta persona ha tenido tres relaciones sexuales consensuales en los últimos dos años. Esta persona dijo que le hubiera gustado permanecer abstinentes hasta casarse y que piensa casarse pero no inmediatamente. En la última relación, esta persona tuvo sexo que produjo un embarazo y decidió interrumpir el embarazo. Esta persona ha recibido tratamiento para clamidia, una infección de transmisión sexual (ITS).

La Persona X es una mujer joven.

Preguntas:

- *Si la familia de esta joven estuviera enterada de su historia sexual, ¿cómo la percibiría? ¿Cómo la percibiría su comunidad? ¿Cómo la percibirían sus pares?*
- *Si ella hablara abiertamente sobre su historia sexual con la persona que le proporciona servicios de aborto o tratamiento de ITS, ¿de qué manera las percepciones de esa persona en cuanto a la sexualidad de la joven podrían afectar sus interacciones con ella? ¿Y la atención que le brinda?*
- *¿Percibiría la actividad sexual y el diagnóstico de ITS de esta joven de manera diferente si ella fuera un hombre joven?*
- *¿En qué sentido sería tratada o asesorada de manera diferente a la de un hombre joven con la misma historia sexual?*
- *¿Qué nos indican estas respuestas respecto a las diferencias en nuestras percepciones de la sexualidad de las mujeres jóvenes comparada con la de los hombres jóvenes?*
- *¿De qué manera nuestras percepciones, suposiciones y prejuicios en cuanto a la sexualidad de las mujeres jóvenes comparada con la de los hombres jóvenes podrían afectar nuestras interacciones con ellas? ¿Nuestros prejuicios en cuanto a si deberían o no tener derecho a participar en actividades sexuales consensuales fuera del matrimonio? ¿Si deberían o no tener derecho a decidir respecto a la interrupción del embarazo? ¿La calidad de los servicios de aborto que tienen derecho a recibir?*

Ejemplo de caso adaptado de: International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2009. "First Impressions". En *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*, International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 56-58. Nueva York, NY: The Population Council.

Género y aborto: Hoja de trabajo B

Descripción:

La Persona X tiene 18 años de edad. Esta persona ha tenido tres relaciones sexuales consensuales en los últimos dos años. Esta persona dijo que le hubiera gustado permanecer abstinentes hasta casarse y que piensa casarse pero no inmediatamente. En la última relación, esta persona tuvo sexo que produjo un embarazo y decidió interrumpir el embarazo. Esta persona ha recibido tratamiento para clamidia, una infección de transmisión sexual (ITS).

La Persona X es un hombre joven.

Preguntas:

- *Si la familia de este hombre joven estuviera enterada de su historia sexual, ¿cómo lo percibiría? ¿Cómo lo percibiría su comunidad? ¿Cómo lo percibirían sus pares?*
- *Si él hablara abiertamente sobre su historia sexual con la persona que proporciona servicios de aborto o tratamiento de ITS, ¿de qué manera las percepciones de esa persona en cuanto a la sexualidad del joven podrían afectar sus interacciones con él? ¿Y la atención que le brinda?*
- *¿Percibiría la actividad sexual y el diagnóstico de ITS de este joven de manera diferente si él fuera una mujer joven?*
- *¿En qué sentido sería tratado o asesorado de manera diferente a la de una mujer joven con la misma historia sexual?*
- *¿Qué nos indican estas respuestas respecto a las diferencias en nuestras percepciones de la sexualidad de las mujeres jóvenes comparada con la de los hombres jóvenes?*
- *¿De qué manera nuestras percepciones, suposiciones y prejuicios en cuanto a la sexualidad de las mujeres jóvenes comparada con la de los hombres jóvenes podrían afectar nuestras interacciones con ellos? ¿Nuestros prejuicios en cuanto a si deberían o no tener derecho a participar en actividades sexuales consensuales fuera del matrimonio? ¿Si deberían o no tener derecho a decidir respecto a la interrupción del embarazo? ¿La calidad de los servicios de aborto que tienen derecho a recibir?*

Ejemplo de caso adaptado de: International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2009. "First Impressions". En *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*, International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 56-58. Nueva York, NY: The Population Council.

Herramienta 1D: Cómo definir a una persona joven sexualmente saludable



Propósito

Esta actividad se utiliza para examinar las definiciones de las personas jóvenes de una sexualidad saludable y de una persona joven sexualmente saludable, así como las diferencias entre esas definiciones y las de profesionales de la salud y otras personas adultas.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Articular sus definiciones de una persona joven sexualmente saludable.
- Identificar los diferentes puntos de vista entre las y los participantes y las personas jóvenes.



Materiales

- Rotafolio o pizarra
- Marcadores o tiza
- Diapositivas en PowerPoint



Tiempo

25 minutos en total



Instrucciones

1. Pida a las y los participantes que definan a una persona joven sexualmente saludable. Anote todas las respuestas en una pizarra u hoja de rotafolio. Ejemplos de respuestas son:
 - Tener información correcta
 - Poder expresar su sexualidad de manera positiva y placentera
 - Tener oportunidades de conocer el amor y la intimidad
 - Tener acceso a servicios seguros y respetuosos de salud sexual y reproductiva
 - La salud sexual abarca la salud psicológica y social además de la salud física
 - Capaz de tomar decisiones y actuar para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el embarazo no deseado y otros resultados negativos

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

2. Muestre las diapositivas y lea algunas definiciones de personas jóvenes de la sexualidad saludable.
3. Solicite las reacciones de las y los participantes a las definiciones de las personas jóvenes comparadas con sus propias definiciones.
4. Discuta la experiencia. Ejemplos de preguntas para la discusión son:
 - *¿Qué aprendieron acerca de sus puntos de vista sobre la sexualidad saludable para las personas jóvenes comparados con los de algunas personas jóvenes?*
 - *¿Cómo difiere nuestro concepto de la salud sexual para las personas jóvenes en comparación con las personas adultas? ¿Qué nos indica esto respecto a nuestros puntos de vista sobre la sexualidad de las personas jóvenes?*
 - *Algunas definiciones se centraron en evitar resultados dañinos, como enfermedades o embarazo, en vez de enfocarse en los aspectos positivos de la sexualidad, como amor, placer e intimidad. ¿Por qué creen ustedes que algunas personas se enfocan en los aspectos negativos en lugar de los positivos?*
 - *¿De qué manera la definición de un/a prestador/a de servicios de salud de una persona joven sexualmente saludable podría afectar su prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes?*
5. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Herramienta 1E: El apoyo que necesitábamos durante nuestra juventud



Propósito

Esta actividad está diseñada para recordarles a las y los participantes sus experiencias con género, sexualidad y aborto durante su juventud, concientizarlos en cuanto al apoyo que necesitan las personas jóvenes con relación a sus inquietudes respecto a la sexualidad y aumentar su empatía por las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto. Se necesitan por lo menos dos personas para facilitar la actividad.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar los sentimientos y las percepciones que tenía respecto a su cuerpo y su sexualidad cuando era joven.
- Demostrar más empatía por las mujeres jóvenes.



Materiales

Ninguno



Tiempo

10 minutos: Introducción

20 minutos: Imágenes guiadas

20 minutos: Discusión en grupos pequeños

10 minutos: Resumen en plenaria

1 hora en total



Preparativos

Tomar un descanso inmediatamente antes de esta actividad y crear un ambiente cómodo y seguro en el cuarto, con sillas cómodas o cojines cómodos en el piso, luz tenue, música instrumental suave y otros artículos para crear comodidad y disminuir las distracciones externas.

Nota para el equipo facilitador: Esta actividad se centra en un proceso de imágenes guiadas, que ayuda a las y los participantes a recordar experiencias emocionales de su juventud. Posiblemente les recuerde memorias o pensamientos incómodos o incluso traumáticos. Para facilitar esta actividad, se necesitan por lo menos dos personas muy calificadas, que tengan la capacidad para continuar la discusión en plenaria a la vez que brindan apoyo psicológico individual cuando sea necesario. Esté preparada, o preparado, para apoyar a cada participante a cuidar sus emociones; para ello, quizás necesitan suspender su participación en la actividad, salir del cuarto, pedir que un/a facilitador/a le acompañe fuera del cuarto, o cualquier otra cosa que le dé un sentido de seguridad. En algunos contextos, es más apropiado sostener discusiones aparte con las mujeres y los hombres.



Instrucciones

1. Introducción: Presente la actividad diciendo lo siguiente:
 - *En esta actividad, examinaremos de qué manera nuestros puntos de vista sobre el género y la sexualidad influyen en nuestros valores y creencias respecto al aborto. Muchos factores influyen en nuestra autopercepción como seres sexuales, cómo nos sentimos y nos comportamos sexualmente, nuestras decisiones sexuales y reproductivas y, en particular, nuestros valores y creencias respecto al aborto. Una influencia importante es nuestra socialización de género, o la crianza que recibimos de nuestra familia y la sociedad para percibirnos y percibir nuestros roles esperados como niñas y niños y como mujeres y hombres. Por lo general, aprendemos a temprana edad cuáles son las características y los comportamientos físicos y sexuales considerados aceptables para niñas y niños y para mujeres y hombres. Aprendemos esto de nuestros padres y la familia extensa, la comunidad, líderes religiosos o espirituales, educadores, los medios de comunicación y otras fuentes. La manera en que nuestra familia y sociedad nos enseñaron a percibirnos y a percibir nuestra sexualidad durante la niñez continúa definiendo nuestros valores y creencias respecto al aborto en la adultez.*
2. Explique el proceso de imágenes guiadas.
 - Explique que usted guiará el proceso de imágenes guiadas, o viaje, en la mente de cada participante, durante el cual cerrarán los ojos y se imaginarán que están sintiendo y recordando experiencias que sucedieron durante la pubertad. Invite a cada participante a participar lo más que pueda, siempre y cuando se sienta cómoda o cómodo.
 - Informe a las y los participantes que si se sienten incómodos con las imágenes o los sentimientos que experimenten, pueden abrir los ojos y parar el ejercicio, o incluso salir del cuarto. Si necesitan apoyo de un/a facilitador/a, deben levantar la mano. Deben hacer lo que sea necesario para sentirse a gusto y seguros.
 - Explique que algunas de las preguntas se centran en el coito sexual y el embarazo. En el caso de las y los participantes que no estaban teniendo relaciones heterosexuales con penetración vaginal durante esa etapa de su vida, pídale que se imaginen cómo se hubieran sentido si hubieran estado participando en coito sexual.
 - Explique que usted quiere que hagan este viaje en silencio sin expresar nada en voz alta.
 - Cuando terminen el ejercicio, tendrán la oportunidad de compartir su experiencia, primero en grupos pequeños y después en plenaria, si así lo desean.
3. Prepare al grupo de participantes para el proceso de imágenes guiadas
 - Pídale que encuentren una posición cómoda y cierren los ojos. Guíe al grupo a lo largo de una serie de varias respiraciones profundas relajantes. Guíe a las y los participantes por las siguientes experiencias y preguntas, con un tono de voz suave y constante, y permanezca en silencio durante un largo tiempo después de cada declaración o pregunta para darles tiempo de reflexionar.

Nota para el equipo facilitador: Cuando lea cada declaración en voz alta, asegúrese de hacer una pausa entre cada una durante más tiempo que lo que usted cree sea necesario o cómodo. Es importante concederles suficiente tiempo para recordar esta etapa de su vida y prepararse mentalmente para responder a la pregunta o declaración.

4. Facilite el proceso de imágenes guiadas.

- *Viajen hacia el pasado, durante su etapa de pubertad, cuando su cuerpo estaba madurando y estaban empezando a percatarse de sus sentimientos sexuales. Recuerden el estado de desarrollo físico y sexual de su cuerpo. Imaginen una imagen clara de ustedes y véanse exactamente como eran en aquel entonces.*
- *Recuerden las cosas más importantes para ustedes durante esa etapa. Viajen por su mente y recuerden algunos de sus pensamientos más importantes. Viajen hacia su corazón y recuerden algunos de sus sentimientos más importantes. Piensen en las personas que eran parte de su vida en aquel entonces y quiénes eran las personas más influyentes.*
- Según vaya haciendo las siguientes preguntas, pídale que se imaginen y sientan lo que experimentaron durante ese tiempo. Recuérdeles que no deben decir sus respuestas en voz alta.
 - ¿Qué sentían con relación a los cambios físicos en su cuerpo? ¿Cómo se sentían respecto a su desarrollo sexual?
 - ¿Alguien les habló sobre su cuerpo en desarrollo, su sexualidad y lo que significa ser una mujer joven o un hombre joven? ¿Quién les habló? ¿Personas adultas? ¿Quiénes? ¿Pares? ¿Qué decían? ¿Qué aprendieron ustedes por su cuenta?
 - ¿Qué les dijeron son sentimientos “normales” para una mujer joven o un hombre joven de su edad? ¿De qué manera se relacionaron sus sentimientos con lo que le dijeron era “normal”?
 - ¿Cómo les dijeron que deberían comportarse sexualmente?
 - ¿Qué sabían acerca de cómo quedan embarazadas las mujeres y cómo evitar el embarazo?
 - Si estaban teniendo relaciones íntimas heterosexuales con penetración vaginal, ¿pudieron conseguir anticonceptivos eficaces?
 - ¿Alguien les habló sobre cómo evitar un embarazo no deseado? ¿Alguien les habló sobre el aborto? ¿Qué les dijeron? ¿Había silencio en torno a estos asuntos?
 - Ahora, permaneciendo en su cuerpo en la etapa de la pubertad, imagínense que puedan estar encinta. Si usted es hombre, imagínese que su novia, o una amiga cercana, podría estar embarazada. Aunque no estuvieran teniendo coito sexual en aquel entonces, imagínense cómo se hubiera sentido estar embarazada.
 - ¿Cuáles son los primeros pensamientos e imágenes que se les ocurren?
 - ¿Cuáles son sus temores?
 - ¿Qué información y recursos necesitan?
 - ¿Con quién hablarían, o no hablarían, sobre la posibilidad de un embarazo? ¿Se lo contarían a sus padres o tutores? ¿A otros miembros de la familia? ¿A amistades? Si usted es una mujer joven, ¿se lo diría a la persona que la embarazó?
 - ¿Qué decidiría hacer respecto a este embarazo?
 - Si decide interrumpir el embarazo, ¿adónde iría?
 - ¿Cuál es su probabilidad de obtener servicios de aborto seguro?
 - ¿Cómo cree usted que la trataría la persona que realice el aborto?
 - ¿Adónde iría para recibir anticonceptivos a fin de evitar un futuro embarazo no deseado?
 - ¿Cómo cree usted que la trataría la persona que ofrece los servicios de anticoncepción?
 - ¿Cuál es su probabilidad de obtener y utilizar a largo plazo los métodos anticonceptivos que usted elija?
- Invite a las y los participantes a regresar poco a poco al presente cuando estén preparados. Pídale que abran los ojos, se estiren y se reajusten a su entorno. Observe cómo están y si alguien necesita ayuda

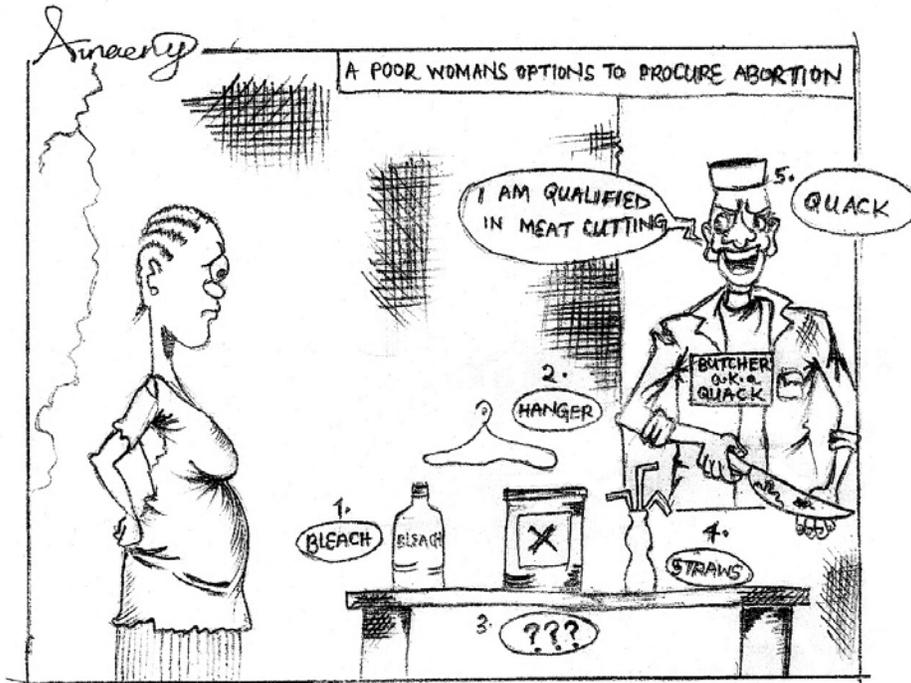
lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

emocional. Sea consciente de los cambios en energía en el cuarto y facilite una transición gradual a la próxima parte de la actividad.

5. Dígalas que se dividirán en grupos pequeños para discutir sus experiencias con el proceso de imágenes guiadas. Solicite que una persona en cada grupo tome notas y comparta con el grupo en plenaria un resumen de las discusiones.
6. Invite a las y los participantes a hablar sobre sus experiencias durante la juventud:
 - *Como una persona joven, ¿qué mensajes recibió usted, de personas adultas o pares, acerca de su cuerpo en desarrollo, su sexualidad y lo que significaba ser una mujer joven o un hombre joven?*
 - *¿Qué les dijeron son sentimientos “normales” para una mujer joven o un hombre joven de su edad?*
 - *¿Qué les dijeron sobre el embarazo no deseado y el aborto? ¿Había sólo silencio en torno a estos asuntos?*
 - *¿Qué partes de su experiencia desean que permanezcan igual para la próxima generación de personas jóvenes? ¿Qué les gustaría cambiar?*
7. Solicite las experiencias de las y los participantes cuando se imaginaron que ellas o una novia podrían estar embarazadas. Reconozca que no todas las personas hubieran tenido esas inquietudes, pero que les pedimos que se imaginaran que sí las tenían.
 - *¿Cuáles fueron los primeros pensamientos e imágenes que se les ocurrieron?*
 - *¿Cuáles fueron sus temores?*
 - *¿Qué información y recursos necesitaron?*
 - *¿Con quién hubieran hablado, o no hablado, sobre el posible embarazo?*
 - *Si hubiera decidido interrumpir el embarazo, ¿adónde hubiera ido? ¿Cuál es la probabilidad de que hubiera obtenido servicios de aborto seguro?*
 - *¿Cómo cree usted que la hubiera tratado la persona que realizara el aborto?*
 - *¿Adónde hubiera ido para recibir anticonceptivos a fin de evitar un futuro embarazo no deseado?*
 - *¿Cuál es la probabilidad de que hubiera obtenido y utilizado a largo plazo los métodos anticonceptivos que usted eligiera?*
8. Pídale que vuelvan a reunirse en plenaria para la discusión. Solicite a las personas que tomaron notas que resuman las temáticas principales planteadas en las discusiones en grupos pequeños.
9. Pídale que se imaginen los miles de personas jóvenes en todo el mundo que se encuentran en situaciones similares.
 - *Durante nuestras discusiones, ¿qué hemos aprendido sobre la información, los recursos y el apoyo que las personas jóvenes podrían necesitar de nosotros?*
 - *Durante nuestras discusiones, ¿qué aprendimos sobre la diversidad de necesidades entre las personas jóvenes?*
 - *¿Qué debemos saber y hacer para poder brindar a las personas jóvenes un mejor apoyo?*
 - *¿Cuáles son los pasos iniciales que podemos dar hoy?*
10. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Adaptado de: Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2009. “Género, sexualidad y aborto” y “¿Qué haría usted?” En *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: lpas.

Módulo 2: Barreras a los servicios



Traducción

Opciones de una mujer pobre para obtener servicios de aborto

Estoy calificado para cortar carne.

5. Chapucero

Carnicero alias chapucero

2. Gancho

1. Blanqueador

3. ¿?

4. Popotes

Imagen de Kiwelu Ainaeny, ganadora keniana del concurso de lpas de Arte de la Juventud Africana.

2.1 Introducción

El propósito de este módulo es aumentar el entendimiento de las barreras sociales, económicas, logísticas, legislativas, políticas y de los sistemas de salud, que enfrentan las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto seguro. Debido a estas barreras, las mujeres recurren a abortos inseguros o aplazan la búsqueda de atención hasta más adelante en el embarazo, cuando el riesgo de complicaciones es más alto. En la Parte II de este juego de herramientas se trata cómo superar muchas de estas barreras y ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes.

“el aborto inseguro ha corroído a nuestra sociedad, destruyendo gradualmente la vida de las mujeres jóvenes, ya que las personas han cerrado los ojos frente a este problema esperando que desaparezca: pero, por otro lado, también están empeorando la situación directa e indirectamente.”

- mujer joven, nigeria (youth coalition 2007)

2.2 Barreras sociales

Entre las barreras sociales a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes se encuentran discriminación por género y edad, violencia de género, estigma en torno a la sexualidad y el aborto y falta de información y apoyo social.

La *discriminación por género* ocurre cuando se hace una distinción respecto a una persona basada en el grupo específico al cual pertenece, en esta caso mujeres y niñas, que produce tratamiento injusto expresado en actitudes y comportamientos negativos (EngenderHealth e ICW 2006). La discriminación por género tiene un efecto directo en el acceso a los servicios de aborto. Por ejemplo, las mujeres jóvenes posiblemente tengan que hacer más tareas domésticas y tengan menos libertad personal que los hombres jóvenes de la misma edad, lo cual les deja poca oportunidad de buscar servicios de salud. En muchos países, las niñas tienen menos posibilidades que los niños de ir a la escuela. Si tienen un trabajo remunerado, es probable que les paguen menos que a los hombres jóvenes y que tengan menos capacidad para pagar por servicios de salud por su cuenta. Muchas creencias culturales sobre el género establecen que las mujeres jóvenes solteras no deberían ser sexualmente activas y, por ende, no deberían necesitar acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Es posible que las mujeres jóvenes tengan que ocultar sus visitas a unidades de salud o que se les impida acudir a éstas. Por lo tanto, quizás no tengan los medios para evitar un embarazo y posiblemente nieguen un embarazo y aplacen la búsqueda de atención por miedo a las repercusiones de su familia o pareja (Davis y Beasley 2009).

La *violencia de género* es el abuso de poder para controlar a otra persona, que se encuentra en una posición sumisa debido a las creencias sociales respecto al género. Puede ser física, sexual o mental (de Bruyn y France 2001).

Ejemplos de violencia contra las mujeres y niñas son abuso físico, sexual, psicológico y económico. A menudo es conocida como violencia “basada en género” porque evoluciona en parte de la condición subordinada de las mujeres en la sociedad. Muchas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y, por ende, perpetúan la violencia contra las mujeres. Los mismos actos que serían castigados si estuvieran dirigidos a un empleador, vecino o conocido a menudo no son cuestionados cuando los hombres los dirigen hacia las mujeres, especialmente en la familia (Heise et al. 1999).

Más allá de la discriminación de género, las mujeres quizás teman sufrir, o sufran, violencia por buscar servicios de aborto u otros servicios de salud sexual y reproductiva. Los perpetradores pueden ser miembros de la familia, parejas íntimas o incluso prestadores de servicios de aborto. Debido a su condición socioeconómica, las mujeres jóvenes a menudo son más vulnerables y a veces blanco intencional de agresión. Los estudios indican que por lo menos una tercera parte de las sobrevivientes de violación mundialmente son menores de 16 años de edad (Heise et al. 1999). La vergüenza, en particular después de agresión sexual o una lesión física, puede impedir que la mujer obtenga servicios de salud. El perpetrador quizás amenace a la mujer con más violencia para que guarde su secreto, especialmente en una familia.

La violencia también puede estar dirigida a mujeres jóvenes que no se avienen a las expectativas culturales respecto al género o cuya orientación sexual no es heterosexual. Estas mujeres pueden ser sujetas a agresión sexual “correctiva”, con el pretexto de hacerlas heterosexuales o más femeninas.

Las mujeres que sufren violencia de género a menudo desean abortar el embarazo producto de la violación.

El *estigma* es una característica o un atributo que causa que una persona “se reduzca en nuestra mente de una persona completa y normal a una manchada y menospreciada” (Goffman 1963). La sexualidad, la edad y el estigma en torno al aborto pueden ser barreras para las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto seguro.

- El **estigma en torno al aborto** es la creencia cultural de que las mujeres que tienen o buscan un aborto son inferiores a la mujer ideal y deberían sentir vergüenza o remordimiento, incluso en países donde el aborto es legal y donde se ofrecen servicios seguros (Kumar et al. 2009). Muchos líderes religiosos e instituciones sostienen que el aborto es inmoral y que una mujer que ha tenido un aborto ha pecado contra los principios religiosos. En comunidades o familias donde predominan estas creencias, una mujer podría temer tener un aborto y arriesgarse a ser juzgada de manera negativa. Una mujer de Zambia, un país africano donde el aborto es permitido por la ley por varias indicaciones, expresó estigma de la siguiente manera: “La que tiene un aborto es tratada como mala, como asesina; la otra es una mujer buena, con un buen corazón, quien ama a los niños” (Mupeta et al. 2010). Las mujeres jóvenes que dependen de su comunidad para recibir apoyo económico y social podrían ser particularmente renuentes a arriesgarse a ser estigmatizadas y posiblemente aisladas por buscar servicios de aborto. Además, debido al estigma contra el aborto, la administración del sistema y las unidades de salud y el personal de salud a menudo son menos proclives a ofrecer servicios de aborto y subdocumentar los abortos, lo cual a su vez refuerza la idea del aborto como una práctica desviada en vez de un elemento rutinario de los servicios de salud que reciben las mujeres.

“cuando los estudiantes, especialmente los niños, saben que una estudiante se ha inducido un aborto, organizan una ceremonia funeraria para la criatura abortada. hacen un ataúd para esa criatura, organizan una ceremonia de luto durante la cual lloran y ruedan por el piso simplemente para humillar a la joven. las niñas no siempre son omitidas de esta práctica. una vez que comienzan los niños, las niñas también hacen lo mismo.” - mujer, zambia (mupeta et al. 2010)

- El **estigma en torno a la sexualidad** está caracterizado por el hecho de que una cultura no esté dispuesta a hablar sobre las relaciones sexuales y la sexualidad, a menudo incluso en privado, y por la asignación de etiquetas peyorativas a cualquier persona que se conozca como sexualmente activa o que hable abiertamente sobre el sexo y la sexualidad. Este estigma a veces está relacionado con la religión. Por ejemplo, en muchas corrientes de opinión islámicas, la sexualidad en el matrimonio es permitida y aceptada por la sociedad, mientras que fuera del matrimonio es considerada como ilegítima y estigmatizada (Smerecnik et al. 2010). En muchas corrientes de opinión islámicas, cristianas y de otras religiones, debido al estigma relacionado con la sexualidad, las personas jóvenes a menudo piensan que deben ocultar su actividad sexual (Wood y Aggleton 2003) y las mujeres jóvenes en particular quizás finjan que no saben nada sobre el sexo o la sexualidad para evitar ser clasificadas como promiscuas. Por ello, les resulta difícil prepararse para la actividad sexual de cualquier manera, incluso recopilando información y obteniendo anticonceptivos, y el estigma constituye una barrera para encontrar y obtener servicios de aborto.

“la razón por la cual quizás no vayan a la comunidad es porque en el poblado la información se riega como incendio de monte... ya para cuando compro el condón o voy a la unidad de salud - la persona en la unidad de salud es bien conocida por todas las personas- y si voy ahí para obtener un condón, seré clasificada como una mala persona en la comunidad porque nuestra sociedad aún no está completamente abierta a discutir el sexo libremente.”- participante, Uganda (Kipp et al. 2007)

- El **estigma en torno a la edad** también es una barrera a los servicios de salud para las personas jóvenes, porque a menudo no son consideradas lo suficientemente maduras para tomar decisiones respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos o cómo manejar un embarazo no deseado. En la mayoría de las culturas, se espera que las personas adultas tengan control sobre la vida de las personas jóvenes, incluso sobre su acceso a los servicios de salud. Incluso en organizaciones no gubernamentales (ONG) y en unidades de salud donde se atiende específicamente a las personas jóvenes, a menudo éstas no son incluidas en ningún nivel de la toma de decisiones (Wood y Aggleton 2003). Ver Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas.

La falta de información: Debido a los tabúes culturales contra hablar abiertamente sobre la sexualidad, las mujeres jóvenes posiblemente no hayan recibido información correcta sobre la menstruación, el embarazo, la prevención del embarazo, cómo reconocer los signos y síntomas del embarazo y dónde y cómo buscar atención calificada. Sus pares pueden ser otra fuente de información errónea sobre la salud sexual y reproductiva, porque los padres y otras personas adultas o las mismas personas jóvenes a menudo se avergüenzan o temen hablar sobre estos asuntos debido al estigma en torno a la sexualidad (Ngwena et al. 2005, Olukoya et al. 2001). Los estudios han demostrado que la falta de información y la entrega de información incorrecta figuran entre las razones principales por las cuales las mujeres jóvenes tienden a buscar servicios de aborto más tarde que las adultas (Davis y Beasley 2009, Finer et al. 2006).

"algunas personas adultas piensan que somos demasiado jóvenes para saber. deberían saber que somos demasiado jóvenes para morir."
- persona joven, honduras (youth incentives e ipas 2010)

Las personas jóvenes no reconocen al aborto como un servicio de salud legítimo

El Centro de Derechos Reproductivos encontró que las adolescentes y mujeres jóvenes en Kenia no identifican a los servicios de aborto como un servicio que ofrecería un profesional de la salud legítimo. Una joven participante dijo: "Las mujeres no acuden a profesionales médicos para interrumpir sus embarazos. Los profesionales médicos no realizan la interrupción del embarazo." (2010)

Falta de apoyo social: Las investigaciones realizadas con mujeres jóvenes que trabajan en fábricas en Nepal, muestran que "las redes sociales eran importantes para las jóvenes empleadas en las fábricas en su toma de decisiones respecto al método de interrupción del embarazo, para localizar a un/a prestador/a de servicios y para pagar por el costo de los servicios. Primero, las jóvenes trabajadoras se reportaban a sus madres, cuñadas, amigas, parientes y parejas respecto a su embarazo no deseado y buscaban consejos de estas personas. Las amigas y el esposo o novio ocasionalmente forzaban a la joven a tener un aborto o a llevar a término el embarazo no deseado, en contra de los deseos de la joven" (Puri 2002). Debido a las creencias, el estigma y la falta de información en su comunidad, una mujer joven posiblemente no pueda pedir información o ayuda para acudir a la unidad de salud o pagar por los servicios, por temor a repercusiones negativas y a la negativa de ayudarla de alguna manera. Si busca apoyo, quizás se lo nieguen o tal vez se enfrente con acciones que comprometan su seguridad.

"mientras estaba de vacaciones, lo primero que le pregunté a mi hermana fue si era cierto que todos los meses sale sangre de la vagina de las mujeres jóvenes que han llegado a la pubertad. ella me preguntó enojada cómo me había enterado. le dije que lo habíamos comentado en la escuela y ella dijo: ¿al parecer quieres ser una mujer promiscua ahora? te digo una cosa: si me entero de que esta saliendo sangre de tu vagina, te mato porque eso muestra que estás teniendo sexo con un hombre y eso es un pecado."
- mujer joven, tanzania
(youth incentives e ipas 2010)

Estas barreras sociales se refuerzan entre sí en gran medida. La discriminación de género lleva a la falta de información o a que se proporcione información incorrecta a las mujeres jóvenes. Esto posibilita más la violencia de género y sustenta la ilusión de que una joven “buena” no está dispuesta a ser sexual y, por ende, no se debe apoyar la sexualidad saludable en las mujeres jóvenes. Esto también respalda la idea de que las mujeres “buenas” no tienen abortos, lo cual disminuye la probabilidad de que una joven reciba apoyo social si decide tener un aborto. Las personas adultas pueden aprender técnicas y concientizarse para eliminar estas barreras, como se explorará en otros módulos más adelante.

2.3 Barreras económicas y logísticas

Incluso cuando reciben información correcta y apoyo social, las mujeres jóvenes quizás no puedan obtener servicios de aborto si no tienen transporte o suficientes recursos financieros.

Recursos financieros: A algunas mujeres, les puede tomar tiempo reunir suficiente dinero para pagar por un aborto, por lo cual se demora la atención y aumentan los riesgos y los costos asociados con procedimientos efectuados más adelante (Finer et al. 2006). Las mujeres jóvenes tienen menos probabilidad que las adultas de tener su propio dinero y cualquier dinero que tengan posiblemente sea controlado o monitoreado por sus tutores. Debido a esta desventaja económica, las mujeres jóvenes también podrían ser más propensas que las adultas a recurrir a tener sexo a cambio de dinero o comida. No es realista que reciban ayuda financiera de sus amistades, ya que las personas jóvenes generalmente tienen pocos recursos financieros. Por falta de fondos, las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables a ser forzadas por los prestadores de servicios de aborto a pagar por otros medios, como favores sexuales. Algunas mujeres jóvenes que no tienen los medios para pagar por servicios seguros recurren al aborto inseguro. Las investigaciones en Nepal muestran que las mujeres jóvenes que trabajan en fábricas corren riesgo de tener abortos inseguros debido a su incapacidad para pagar por servicios seguros (Puri 2002). En lugares donde no hay unidades de salud que ofrezcan servicios gratuitos o subsidiados, solo las mujeres con dinero tienen acceso a servicios de aborto seguro, independientemente de la ley.

“fui a la tienda médica en sallaghari y conseguí una medicina líquida por rs. 150 (2 dólares estadounidenses). me la tomé con regularidad, pero no funcionó. cuando regresé ahí para que jarre, me dijeron que no podían deshacerse de él (el embarazo) a menos que les diera rs. 4000 (usds55). las mujeres a mi alrededor me dijeron que cargara cosas pesadas para perder el embarazo, ya que solo tenía un mes. pero tampoco funcionó. no tenía mucho dinero, así que decidí quedarme con el bebé.” -joven de 18 años de edad, nepal (puri 2002)

En países donde el aborto es ilegal, o donde las mujeres no tienen acceso legal a servicios de aborto, estos son clandestinos y los prestadores de servicios generalmente cobran tarifas más altas y a veces exorbitantes. En estos casos, las mujeres jóvenes que no pueden pagar por los servicios, independientemente de su legalidad, a menudo recurren a métodos inseguros que son más baratos, y a menudo ineficaces, como tomar detergente.

Transporte: Las mujeres jóvenes, especialmente las que viven en zonas rurales, quizás se encuentren lejos de una unidad de salud. La falta de transporte es una barrera para muchas mujeres jóvenes. En algunas comunidades, las mujeres jóvenes o solteras no

pueden o tienen pocas posibilidades de tener un auto, scooter o bicicleta. Quizás no exista transporte público, incluso para urgencias, o tal vez éste sea demasiado caro o inseguro para las mujeres jóvenes en particular.

Las barreras económicas y logísticas también se refuerzan entre sí. Las mujeres jóvenes que deben viajar para encontrar una unidad de salud donde se ofrezcan servicios de aborto posiblemente encuentren que deben ausentarse del trabajo durante más tiempo, lo cual podría implicar una pérdida de ingresos o incluso desempleo. El transporte también cuesta dinero; por lo tanto, mientras más lejos quede la unidad de salud, más caro será el costo total del aborto.

2.4 Barreras legislativas y políticas

Las leyes que prohíben el aborto son barreras obvias para cualquier persona que busca servicios de aborto seguro. Desde el año 2009, por lo menos el 26% de las personas del mundo viven en países donde el aborto generalmente es prohibido, aunque en la mayoría de estos países existe por lo menos una indicación por la cual el aborto es permitido por la ley (Centro de Derechos Reproductivos 2009).

Leyes de aborto: Las leyes nacionales y estatales pueden ser importantes barreras para las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto. En la mayoría de los países, el aborto es permitido para algunas indicaciones, por ejemplo: cuando el embarazo es producto de violación o incesto, o cuando pone en peligro la salud o la vida de la mujer (Centro de Derechos Reproductivos 2009). En algunos países, las leyes especifican la edad temprana como una indicación para la interrupción legal del embarazo. La salud mental podría ser una indicación que les facilita el acceso a las mujeres jóvenes, ya que negarle servicios de aborto a una joven podría presentar riesgos específicos para su salud mental. Algunas leyes son vagas en cuanto a la edad u otras limitaciones, por lo cual requieren interpretación por el prestador de servicios o un juez y causan confusión para profesionales de la salud que no están seguros si la ley les permite ofrecer el servicio (de Bruyn y Packer 2004). En algunos países, tener relaciones sexuales con una persona menor de edad es otra indicación para la interrupción legal del embarazo, si la joven es menor que la edad legal de consentimiento. Remitirse a 2.7 Recursos adicionales para ver los enlaces al texto completo sobre las leyes de aborto en la mayoría de los países y una interpretación general de esas leyes.

Leyes respecto a la participación de terceras partes: Para las indicaciones permitidas por la ley, una de las principales barreras para las mujeres jóvenes es la notificación y/o consentimiento obligatorios de una tercera parte (madre, padre, tutor/a, psiquiatra u otra persona adulta) con relación a la decisión de tener un aborto. Dichas leyes se basan en uno de los siguientes enfoques:

- Un mínimo fijo de la edad límite
- La determinación de la capacidad por parte del prestador de servicios
- Combinación de un mínimo fijo de la edad límite con la determinación de la capacidad (mediante la cual una menor de edad puede adquirir el derecho a la mayoría a una edad más temprana)
- Supuesto de capacidad (no se necesita el consentimiento de una tercera parte a menos que se compruebe la incapacidad de la menor de edad).

Las investigaciones muestran que las leyes referentes a la participación de terceras partes no aumentan la comunicación en las familias y que pueden causar daños al forzar a las mujeres jóvenes a tener un aborto inseguro. Según una coalición de expertos médicos en EE. UU.:

La Asociación Médica Americana, la Sociedad para la Medicina en la Adolescencia, la Asociación Americana de Salud Pública, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Academia Americana de Pediatría y otras organizaciones profesionales de salud han llegado al consenso de que **las personas menores de edad no deberían verse obligadas a incluir a sus padres en su decisión de**

tener un aborto, ni se les debería exigir que lo hagan, aunque sí se les debería motivar a que hablen sobre su embarazo con sus padres y otras personas adultas responsables. Estas conclusiones son el resultado de análisis objetivos de datos actuales, que indican que la legislación que exige la participación de los padres no logra el beneficio deseado de promover comunicación en la familia, sino que aumenta el riesgo de daños a las adolescentes al retrasar su acceso a la atención médica que necesitan. (Academia Americana de Pediatría 1996, énfasis añadido)

Aunque algunas leyes referentes a la participación de terceras partes permiten un proceso alternativo, en el que una joven le pide permiso a un juez para tener un aborto (desvío judicial), esto tiende a causar significativas demoras o negación de servicios de salud. Además, estas leyes "hacen caso omiso de las necesidades de salud de las personas jóvenes que no viven con sus padres o que son jefas de su propia casa" (IPPF 2011). A pesar de esto, en el año 2003, por lo menos 24 países tenían requisitos de notificar a terceras partes u obtener su consentimiento para abortos en menores (de Bruyn y Packer 2004). En lugares donde las leyes nacionales permiten que las mujeres jóvenes tengan un aborto sin la participación de terceras partes, las leyes estatales o locales podrían revocar ese derecho, o las políticas de la unidad de salud (como la revisión de un comité) podrían causar demoras, incluso hasta el punto donde el aborto deja de ser una opción (Human Rights Watch 2010).

"en lugares donde las leyes restrictivas o las prácticas de los prestadores de servicios de salud les niegan a las mujeres jóvenes acceso a consejería y servicios de salud seguros y confidenciales, sin tomar en cuenta su capacidad personal, esto constituye discriminación basada en la edad." - ippf 2011

Violencia sexual: En muchos países, ciertos tipos de violencia sexual, especialmente la violación y el incesto, son indicaciones para la interrupción legal del embarazo. Sin embargo, debido a algunas de estas leyes, a la mujer le resulta difícil o imposible mantener su confidencialidad; además, obtener permiso oficial para tener el aborto puede ser un proceso difícil, lento y emocionalmente doloroso. Posiblemente se requiera evidencia de la violación, o la mujer piense que ésta es requerida, para poder tener un aborto legal. En sociedades donde las mujeres necesitan testigos de sexo masculino o evidencia tangible de la violación, puede ser particularmente difícil obtener evidencia o incluso entablar una denuncia. Puede ser emocionalmente doloroso pasar por los procedimientos burocráticos para que investiguen y validen la violación, durante los cuales la mujer podría estar sujeta a más discriminación y victimización. Si el consentimiento de una tercera parte es exigido por la ley para que una joven pueda tener un aborto, éste puede ser especialmente difícil de obtener si el violador es un miembro de su familia.

Interacción con otras leyes: En el caso en que la ley de aborto está en conflicto con otras leyes, la unidad o el personal de salud tal vez ignoren qué ley tiene precedencia y se nieguen a brindar atención, mientras que las mujeres confundidas quizás simplemente eviten buscar atención. Esto es particularmente cierto para las mujeres jóvenes, ya que podrían existir leyes específicas respecto a la edad necesaria para dar su consentimiento para procedimientos médicos generales. Por ejemplo, la ley de Sudáfrica respecto a la interrupción del embarazo (CTOP, por sus siglas en inglés) estipula que las mujeres jóvenes de cualquier edad pueden dar su consentimiento para el aborto. Sin embargo, existe otra legislación, la Ley de la Infancia, que dicta las edades de consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos. La ley CTOP tiene precedencia legislativa, pero a muchas personas no les queda claro esto. (McQuoid-Mason 2010, Strode et al. 2010).

Los requisitos relacionados con denunciar actos de violencia sexual también pueden complicar el proceso y crear un obstáculo. En Sudáfrica, por ejemplo, la Ley de Enmienda del Derecho Penal (Delitos Sexuales y Asuntos Relacionados), es decir, la "Ley de Delitos

Sexuales”, exige que se denuncien los delitos sexuales contra niñas y niños; sin embargo, la Ley CTOP la sustituye y deja la decisión de denunciar o no el delito en manos de la joven. Cuando las mujeres jóvenes o profesionales de la salud no interpretan las leyes correctamente, la violación de la confidencialidad podría impedir que algunas jóvenes busquen atención, como servicios de aborto después de sufrir violencia sexual (McQuoid-Mason 2010).

Documentos de aplicación: A menudo, en los documentos de aplicación se incluyen pasos y procedimientos (políticas, normas y protocolos) formulados para proteger contra errores o abusos, pero que crean barreras a los servicios. Ejemplos que afectan particularmente a las mujeres jóvenes son la adición de medidas inexistentes en la ley, que requieren la notificación o el consentimiento de terceras partes, o períodos de espera exigidos en el protocolo, que no existen en la ley. Estos procedimientos causan demoras y más gastos y exposición para las mujeres jóvenes, quienes deben regresar después para el procedimiento.

Las políticas, normas y protocolos para hacer cumplir las leyes en todos los niveles deberían seguir las recomendaciones de la OMS (2003) respecto a las políticas y protocolos que no están basados en evidencia, y deberían exigir la disponibilidad de los servicios de aborto, a menos que estos estén prohibidos específicamente por la ley:

- para mujeres solteras y casadas
- sin la notificación o el consentimiento del cónyuge o los padres
- sin el requisito de edad mínima
- sin evidencia de certificación policial, acción judicial o autorización judicial para casos de violación
- sin la autorización requerida por comités hospitalarios con relación al aborto u otros comités
- sin período de espera
- sin anticoncepción obligatoria después del aborto
- sin el requisito de que profesionales de la salud que invocan su derecho a la “objección de conciencia” remitan a la mujer a otro prestador de servicios

2.5 Barreras de los sistemas de salud

Las personas jóvenes se enfrentan con barreras de los sistemas de salud y las unidades de salud. Los servicios que atienden las necesidades específicas de la juventud a veces no se pueden ofrecer en los mismos sistemas que atienden a las personas adultas (Heunis et al. 2000, Mouli 2003, Ngwena et al. 2005, Van Look 2003), pero a veces atienden mejor las necesidades de las personas jóvenes cuando son integrados. La privacidad, las actitudes del personal de salud, el horario de atención al público y algunos aspectos de los procesos y la burocracia, así como los costos, están bajo el control directo de cada unidad de salud, o pueden ser dictados por el sistema de salud. A medida que se eliminan estas barreras a los servicios de salud, se logran grandes avances hacia facilitar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto.

Escasez o indisponibilidad de unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto: Las unidades donde se ofrecen servicios de aborto a menudo se encuentran muy distanciadas geográficamente y posiblemente estén concentradas en zonas urbanas. Además, puede ser que tengan horarios inconvenientes para las mujeres jóvenes: quizás no haya transporte disponible o éste sea más caro durante el horario de la unidad; el horario de atención al público podría estar en conflicto con el horario de trabajo o de estudios y faltar al trabajo o a la escuela podría ocasionar la pérdida del trabajo o del grado; o tal vez el horario de la unidad sea durante las horas más atareadas del personal y las mujeres jóvenes temen ser vistas por alguien que conocen. Por último, los servicios a menudo no son adecuados para las jóvenes en cuanto al momento oportuno, la privacidad y las actitudes del personal de salud, lo cual podría disuadir aún más a las mujeres jóvenes de

solicitar los servicios. Si sólo el sector privado ofrece servicios de aborto seguro, esto también limita las unidades de salud donde las mujeres jóvenes pueden obtener estos servicios.

Falta de privacidad y confidencialidad: La privacidad y confidencialidad son aspectos importantes de los servicios de salud reproductiva y son motivo de preocupación para las personas jóvenes en particular, quienes tal vez deseen evitar ser vistas por un miembro de su familia o una vecina cuando busquen servicios de salud sexual y reproductiva. Es posible que una persona joven no busque atención en una unidad de salud con largas esperas, que requiere una larga historia clínica detallada y sesiones de consejería, y que tenga salas de consejería y tratamiento mal aisladas (Ngwena et al. 2005). Mediante las entrevistas de egreso realizadas en un estudio en Ghana, se encontró que, antes de la intervención, una cuarta parte de las mujeres jóvenes pensaban que no tenían suficiente privacidad física y más de la mitad no estaban seguras de que su prestador/a de servicios de salud mantendría su situación confidencial. Ejemplos de procesos que violan la confidencialidad son: fijar las fichas clínicas en las paredes fuera de las salas de examen o dejarlas en un lugar visible, y permitir acceso a los registros médicos a personas que no forman parte del personal que proporciona servicios de aborto.

Procesos y formularios: Por ejemplo, si en los formularios de admisión se solicita el nombre del esposo como información requerida, a pesar de que la ley permite que las mujeres solteras reciban estos servicios, es posible que las mujeres jóvenes, quienes a menudo son solteras, no se sientan bienvenidas. Los protocolos que requieren numerosas consultas también son una barrera, ya que crean más retos económicos y logísticos con cada visita a la unidad de salud.

El personal de salud podría suponer que los procesos son más complejos o restrictivos que lo son en realidad. En ámbitos con leyes restrictivas, por ejemplo, el personal y la unidad de salud quizás ignoren o no entiendan claramente las indicaciones para realizar una interrupción legal del embarazo y, por ende, se nieguen a ofrecer este servicio. En general, el hecho de que la unidad no establezca con claridad cuáles son las indicaciones permitidas por la ley para ofrecer servicios de aborto, crea una barrera para las mujeres jóvenes, ya que el personal de salud podría pensar que se está arriesgando aun cuando proporciona servicios de alta calidad debidamente.

Costo: Las mujeres jóvenes a menudo mencionan su imposibilidad de pagar como un motivo para postergar su búsqueda de servicios de aborto. Además, algunos sistemas y unidades de salud cobran tarifas más altas como una medida punitiva o para compensar por el costo de otros servicios que consideran menos difíciles moralmente. Otras unidades de salud ofrecen servicios de aborto gratuitos o a bajo costo solo si la joven acepta un método anticonceptivo, generalmente un método de largo plazo o permanente, lo cual es coerción.

Actitudes negativas del personal de salud respecto a la sexualidad y el aborto en la juventud: Las actitudes del personal de salud pueden ser barreras significativas a los servicios y podrían ser el obstáculo final por el cual una joven recurre a un aborto inseguro. En un estudio realizado en Sudáfrica, se encontró que entre las y los profesionales de la salud a quienes se les pidió una referencia a una unidad donde se ofrecen servicios de aborto, una tercera parte dio la referencia solo para casos especiales como violación, a pesar de las amplias indicaciones por las cuales el aborto es permitido por la ley en este país, y casi una tercera parte se negó a proporcionar información sobre el aborto a las personas que solicitaron una referencia (Ngwena et al. 2005). Una joven que visita una unidad de salud donde se le niegan servicios y/o una referencia podría sentirse disuadida frente al prospecto de afrontar las barreras en otra unidad y, por ende, no buscar atención. Además, la consejería brindada a las personas jóvenes, por lo general, se centra en los riesgos y peligros de la sexualidad (Klingberg-Allvin et al. 2006) en vez de ayudarlas a lograr una sexualidad saludable.

"cuando se acercaba el momento de hablar con los médicos sobre mis opciones, mis opciones anticonceptivas ... estaba escrito en sus rostros como asco ... yo me sentí tan horrible y este doctor que se supone que tenga muchos conocimientos piensa que estoy haciendo algo totalmente horrible."

- joven, estados unidos (latinas de california por la justicia reproductiva 2010)

Es importante señalar que las actitudes negativas que ha tenido el personal de salud en el pasado pueden ser una barrera continua, ya que las mujeres jóvenes podrían enterarse del trato que han recibido otras mujeres, o podrían tener sus propias experiencias negativas, y decidir no arriesgarse a ir a la misma unidad de salud. Una trabajadora de la salud en Uganda relata:

"Por ejemplo, alguien llega aquí, una joven de 14 años de edad; imagínese que un prestador de servicios le dice '¿ya a su edad usted ha empezado a hacer esto?' Imagínese. Inmediatamente esa niña nunca regresará e incluso les dirá a otras: 'no vayan ahí'. Tiene que entender que para estas adolescentes les resulta difícil llegar aquí e incluso lo que quieren discutir es confidencial. Algunos de estos prestadores de servicios hablan sobre estas cosas con personas fuera de la unidad de salud y estas adolescentes se enteran. Una pequeñez como esa se puede regar muy, muy rápido y las otras personas nunca regresarán." (Kipp et al. 2007)

Muchas de las barreras de los sistemas de salud tienen su origen en las actitudes negativas del personal y los prestadores de servicios de salud, ya que tienen la buena voluntad de ofrecer estos servicios a las personas jóvenes, y posiblemente deseen disuadir a las mujeres jóvenes de buscar servicios de aborto. Por ejemplo, quizás les cobren más a las jóvenes por los servicios de aborto que a las adultas, o tal vez no les administren medicamentos adecuados para el manejo del dolor, o quizás violen su privacidad adrede, para castigarlas por ser sexualmente activas o por tener un aborto.

2.6 La interrelación de las barreras

Las barreras sociales como el estigma y la discriminación de género influyen en gran medida en otras barreras, en particular las leyes, políticas, procesos, documentación y actitudes del personal de salud. Quizás influyan también en la disponibilidad de las unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro a las mujeres jóvenes; por ejemplo, en países donde la sexualidad de las personas jóvenes y el aborto son estigmatizados, muchos prestadores de servicios no quieren ser asociados con los servicios de aborto para nada, y en particular en el caso de las mujeres jóvenes. Las leyes que limitan las indicaciones para la interrupción legal del embarazo también sirven para reforzar las barreras sociales. Al abordar las barreras de los sistemas de salud y logísticas, las unidades de salud podrían incurrir en más costos, por lo cual se verían obligadas a aumentar el precio de los servicios de aborto y, por ende, crear una barrera de costo aun mayor para las mujeres jóvenes.

"no tenemos acceso a los métodos anticonceptivos. somos estigmatizadas si tenemos hijos antes de casarnos. no tenemos derecho al aborto. ¡qué dilema! ¿cómo podemos evitar la muerte si somos expuestas a abortos (inseguros) en condiciones de riesgo? ¿cómo esperan que no recurramos al aborto si tener hijos antes de casarse es un sacrilegio? ¿cómo podemos evitar tener hijos cuando no hay servicios de anticoncepción? queremos afirmar que una de las mejores armas en la lucha contra el aborto [inseguro] en condiciones de riesgo entre la juventud es respetar nuestros derechos, empezando con el derecho a la información." - mujer joven, república democrática del congo (greene et al. 2010)

2.7 Recursos adicionales

Russell, Lisa e Ipas. 2009. *Not Yet Rain*. DVD. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: <http://notyetrain.org/noflash.html>.

Centro de Derechos Reproductivos. 2009. *World Abortion Laws 2009 Fact Sheet*. Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos. <http://reproductiverights.org/en/document/worlda-abortion-laws-2009-fact-sheet> (no se especifican las leyes aplicables a las mujeres jóvenes, pero quizás se especifiquen en los próximos años)

Harvard University. *Annual Review of Population Law*. Fuente: http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm

Ipas. 2010. *Young women and abortion: A guide for conducting situation assessments using participatory methods*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Se espera que esté disponible en línea en el año 2012 en www.ipas.org.

EngenderHealth. 2006. "Informed and Voluntary Decision Making." En *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: A Manual for Trainers and Program Managers*. Nueva York, EngenderHealth. Pp. 129-31. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/srh-hiv-positive-women-girls.php>

Mitchell, Katy, Brad Kemer, Cecile Mazzacurati y Jennifer Kim. 2009. *Adolescent sexual and reproductive health toolkit for humanitarian settings: A companion to the inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Nueva York: UNFPA y Save the Children. Fuente: <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4169>

2.8 Referencias bibliográficas

- Academia Americana de Pediatría. 1996. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *Pediatrics*. 97 (5): 746-51.
- Centro de Derechos Reproductivos. 2009. World Abortion Laws 2009 Fact Sheet. Nueva York, NY: Centro de Derechos Reproductivos.
- Centro de Derechos Reproductivos. 2010. *In Harm's Way: The Impact of Kenya's Restrictive Abortion Law*. Nueva York, NY: Centro de Derechos Reproductivos.
- Davis, Anne R. y Anitra D. Beasley. 2009. Abortion in adolescents: Epidemiology, confidentiality and methods. *Current Opinions in Obstetrics and Gynecology*. 21: 390-5.
- De Bruyn, Maria y Nadine France. 2001. *Género o sexo: ¿a quién le importa? Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes*. Chapel Hill: Ipas.
- De Bruyn, Maria y Sarah Packer. 2004. *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- EngenderHealth e ICW. 2006. *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: Manual for Trainers and Program Managers*. Nueva York, NY: EngenderHealth.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2011. *Understanding young people's right to decide: Why is it important to develop capacities for autonomous decision-making?* Londres: IPPF.
- Finer, Lawrence B., Lori F. Frohworth, Lindsay A. Dauphinee, Susheela Singh y Ann M. Moore. 2006. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*. 74 (4): 334-44.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Greene, Margaret E., Laura Cardinal y Eve Goldstein-Siegel. 2010. *Girls Speak: A New Voice in Global Development*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Heise, Lori, Mary Ellsberg y Megan Gottemoeller. 1999. Ending Violence Against Women. *Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Heunis, C., D. van Rensburg y C. Ngwena. 2000. A 'Youth Multi-function Centre' in the Free State: An alternative to clinic-based HIV/AIDS prevention and care. *Curationis*, 23 (4): 54-62.
- Human Rights Watch. 2010. *Illusions of care: Lack of accountability for reproductive rights in Argentina*. Nueva York, NY: HRW.
- Kipp, W., S. Chacko, L. Laing y G. Kabagambe. 2007. Adolescent reproductive health in Uganda: Issues related to access and quality of care. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19 (4): 383-93.
- Klingberg-Allvin, Marie, Nguyen Thu Nga, Anna-Berit Ransjo-Arvidson y Annika Johansson. 2006. Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34 (4): 414-21.
- Kumar, Anuradha, Leila Hessini y Ellen M. H. Mitchell. 2009. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health and Sexuality*. 11 (6): 625-39.
- Latinas de California por la Justicia Reproductiva. 2010. Young Women Speak Out! Perspectives and Implications of Reproductive Health, Rights and Justice Policies. Los Ángeles, CA: Latinas de California por la Justicia Reproductiva.

- McQuoid-Mason, David. 2010. Some consent and confidentiality issues regarding the application of the Choice of Termination of Pregnancy Act to girl-children. *South African Journal of Bioethics and Law*, 3 (1): 12-5.
- Mouli, V. Chandra. 2003. "Adolescent-friendly health services." In *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia*, eds. Sarah Bott et al., 195-8. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Mupeta, Stephen, Reuben Mbewe, Paschal Awah, Tia Palermo y Joachim Osur. 2010. Community attitudes on unwanted pregnancy and abortion in Zambia. Project Report. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ngwena, Charles, Dingie van Rensburg y Michelle Engelbrecht. 2005. *Accessing termination of pregnancy by minors in the Free State: Identifying barriers and possible interventions*. Bloemfontein, South Africa: Centre for Health Systems Research and Development.
- Olukoya, A.A., A. Kaya, B.J. Ferguson y C. AbouZahr. 2001. Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75: 137-47.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Puri, Mahesh. 2002. *Sexual risk behavior and risk perception of unwanted pregnancy and sexually transmitted infection among young factory workers in Nepal*. Katmandú, Nepal: CREPHA.
- Smerecnik, Chris, Herman Schaalma, Kok Gerjo, Suzanne Meijer y Jos Poelman. 2010. An exploratory study of Muslims adolescents' views on sexuality: Implications for sex education and prevention. *BMC Public Health*, 10: 533.
- Strode, Ann, Catherine Slack y Zaynab Essack. 2010. Child consent in South African law: Implications for researchers, service providers and policy-makers. *South African Medical Journal*, 100 (4): 247-9.
- Van Look, Paul F. A. 2003. "On being an adolescent in the 21st century." In *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia*, eds. Sarah Bott et al., 31-42. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Wood, Kate y Peter Aggleton. 2003. *Promoting young people's sexual and reproductive health: Stigma, discrimination and human rights*. Southampton, Reino Unido: Safe Passages to Adulthood.
- The Youth Coalition. 2007. *International Youth Perspectives on Abortion: A Collection of Essays, Poems and Drawings*. Ottawa: The Youth Coalition.
- Youth Incentives e Ipas. 2010. *Abortion and Young People*. Utrecht, Países Bajos: Youth Incentives.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 2

HERRAMIENTA 2A: Hoja sobre las barreras a los servicios

HERRAMIENTA 2B: Barreras a los servicios

herramientas

Herramienta 2A: Hoja sobre las barreras a los servicios

Barreras sociales

Discriminación de género: Las mujeres a menudo son tratadas de manera injusta por ser mujeres y, por ello, quizás no tengan la libertad o los medios para obtener servicios de aborto seguro.

Violencia de género: Las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables a la violencia de género y el temor o la vergüenza después de sufrir este tipo de violencia posiblemente les impidan obtener servicios de aborto.

Estigma: El estigma es definido como una característica o un atributo por el cual una persona es considerada manchada o menospreciada.

Estigma en torno al aborto: Las mujeres jóvenes que dependen de otras personas son especialmente reacias a arriesgarse a ser estigmatizadas por buscar servicios de aborto; debido al estigma, es menos probable que las unidades de salud y su personal ofrezcan servicios de aborto.

Estigma en torno a la sexualidad: Algunas mujeres jóvenes no disfrutan de su sexualidad, no se preparan para la actividad sexual, o no buscan servicios de salud sexual y reproductiva para evitar ser encasilladas como promiscuas.

Estigma en torno a la edad: Las personas jóvenes a menudo no son consideradas lo suficientemente maduras para tomar decisiones respecto a tener relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos y cómo manejar un embarazo no deseado.

Falta de apoyo social: Debido al estigma en su comunidad, una mujer joven quizás no pueda pedir información o ayuda respecto al aborto seguro por temor a sufrir repercusiones negativas.

Barreras económicas y logísticas

Recursos financieros: Las mujeres jóvenes a menudo no tienen acceso a dinero.

Transporte: Posiblemente tengan que viajar grandes distancias y no haya transporte disponible o éste sea caro.

Barreras legislativas y políticas

Leyes de aborto: Éstas pueden ser restrictivas, aunque rara vez prohíben totalmente el aborto.

Leyes respecto a la participación de terceras partes: Una barrera significativa para las mujeres jóvenes es la notificación y/o consentimiento obligatorios de un padre/madre, tutor/a, psiquiatra u otra persona adulta.

Violencia sexual: La violencia sexual suele ser una indicación para la interrupción legal del embarazo, pero el proceso quizás no proteja la confidencialidad y puede ser difícil, lento y emocionalmente doloroso.

Interacción con otras leyes: Es posible que las unidades de salud y profesionales de la salud ignoren qué ley tiene precedencia y se nieguen a ofrecer servicios de aborto; las usuarias confundidas tal vez no busquen estos servicios.

Documentos de aplicación: Los pasos o procedimientos requeridos por políticas, normas o pautas, que no son exigidos por la ley, actúan como barreras, incluso cuando se supone que sean útiles.

Barreras de los sistemas de salud

- Carencia o indisponibilidad de unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto
- Falta de privacidad y confidencialidad
- Procesos y formularios innecesariamente complejos o centrados en las personas adultas
- Costo
- Actitudes negativas del personal de salud respecto a la sexualidad y el aborto en la juventud

Interrelación de las barreras

Muchas barreras influyen en otras barreras, como el impacto del estigma en las políticas y actitudes.

Herramienta 2B: Barreras a los servicios



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar las diferentes barreras que encuentran las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto seguro.
- Reconocer las formas en que estas barreras afectan a las mujeres jóvenes de manera diferente que a las mujeres de edad más avanzada.



Materiales

- Rotafolios, marcadores, cinta adhesiva, notas autoadhesivas (u otras tarjetas para tomar notas), papel en colores



Tiempo

15 minutos: Identificación y agrupamiento de las barreras

15 minutos: Historia sobre las barreras a los servicios

20 minutos: Discusión y presentación

50 minutos en total



Preparativos

- Revisar las barreras a los servicios mencionadas en el Módulo 2.
- Colocar varias notas autoadhesivas (o tarjetas para tomar notas y cinta adhesiva) en cada mesa.
- Escribir las cuatro categorías de barreras en papeles en diferentes colores: 1) Sociales, 2) Económicas y logísticas, 3) Legislativas y políticas y 4) Barreras del Sistema de salud.
- Dibujar en una hoja de rotafolio un ejemplo de una historia sobre las barreras a los servicios.
- Escribir las preguntas para la discusión en una hoja de rotafolio.



Instrucciones

1. Informe al grupo de participantes que en esta actividad identificarán las barreras a los servicios de aborto que encuentran las mujeres jóvenes y explorarán cómo esas barreras afectan el acceso de las mujeres jóvenes a esos servicios de manera diferente a las mujeres de edad más avanzada.
2. Pídeles que escriban en las notas autoadhesivas las barreras que podrían encontrar las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto. Indíqueles que escriban una sola barrera por cada nota, en letras grandes, y que después fijen la nota en la pared. Cada participante puede escribir varias notas.
3. Dígales que agruparán las barreras en categorías. Fije en la pared las cuatro categorías de barreras que fueron escritas en notas de cuatro colores diferentes, y léalas en voz alta.

4. Pida a un/a participante que se acerque a la pared y, con los aportes del resto del grupo, agrupe las barreras bajo la categoría más adecuada.

Nota para el equipo facilitador: Si el grupo de participantes decide que determinada barrera no se puede clasificar bajo ninguna de las cuatro categorías, colóquela a un lado por ahora y vuelva a esta barrera después que se hayan categorizado todas las demás. Pida a las y los participantes que consideren si es necesario agregar otra categoría.

5. Asegúrese de que hayan mencionado todas las barreras clave abarcadas en el Módulo 2. Agregue cualesquiera barreras que falten bajo cada categoría.
6. Dígales que para la próxima parte de la actividad explorarán cómo estas barreras afectan a las mujeres jóvenes.
7. Indíqueles que se dividan en grupos pequeños de no más de cinco personas cada uno. Entregue a cada grupo una hoja de rotafolio y marcadores. Solicite que una persona en cada grupo tome notas y presente un resumen de las discusiones al grupo en plenaria.
8. Dé las siguientes instrucciones sobre cómo cada grupo debe dibujar su historia sobre las barreras a los servicios de aborto seguro:
 - *Divida la hoja de rotafolio de su grupo en seis casillas.*
 - *Enumere las casillas del uno al seis. En la primera casilla, dibuje a una mujer joven con un embarazo no deseado; en la última casilla, dibuje una unidad de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro. (Muestre el ejemplo.)*
 - *La historia comienza en la primera casilla y termina en la sexta casilla.*
 - *En cada casilla dibuje una imagen que represente las diferentes barreras que encuentra esta joven en su búsqueda de servicios de aborto seguro.*

1 <i>Dibujo de una mujer joven</i>	2
3	4
5	6 <i>Dibujo de una unidad de salud</i>

9. Informe a los grupos que tienen 15 minutos para dibujar su historia. Visite cada grupo para ver sus progresos a lo largo de la actividad.

10. Cuando los grupos terminen de dibujar su historia sobre la barrera, fije la hoja de rotafolio con preguntas y pídale que las discutan.
 - *¿De qué manera cada una de estas barreras impide los esfuerzos de la joven por interrumpir su embarazo de manera segura?*
 - *¿Cuál es la probabilidad de la joven de tener un aborto seguro?*
 - *¿Cómo sería diferente la experiencia de las mujeres jóvenes con estas barreras comparada con la de mujeres de edad más avanzada? ¿Qué barreras serían únicas a las mujeres jóvenes?*
 - *¿Cómo barreras como éstas explican la tasa desproporcionadamente alta de abortos inseguros entre las mujeres jóvenes? ¿Su renuencia a buscar servicios? ¿Las demoras en buscar servicios?*
11. Invite a cada grupo a fijar su hoja de rotafolio, compartir su historia y resumir la discusión de su grupo.
12. Después que todos los grupos hayan presentado, destaque los puntos clave de la discusión. Podría resumir diciendo lo siguiente:
 - *Las mujeres jóvenes se encuentran con muchas barreras a los servicios de aborto. Pueden ser tan grandes como actitudes y creencias sociales que permiten que ocurra la discriminación de género y edad. Pueden ser la falta de recursos financieros. Incluso algo tan aparentemente pequeño como tener que proporcionar el nombre de su esposo en un formulario cuando es soltera, puede ser una barrera.*
 - *Estas barreras se pueden dividir en categorías como sociales, económicas y logísticas, legislativas y políticas, y barreras de sistemas de salud.*
 - *La experiencia de las mujeres jóvenes con las barreras suele ser diferente a la experiencia de las adultas. Algunas barreras, como las leyes o políticas sobre el consentimiento, podrían ser únicas a las mujeres jóvenes menores de cierta edad.*
 - *Las barreras que afrontan las mujeres jóvenes las hacen especialmente vulnerables a demoras en buscar y recibir servicios y a pensar que el aborto inseguro es su única opción. Las mujeres jóvenes que obtienen servicios de aborto tienden a buscarlos más tarde en el embarazo que las adultas. Las jóvenes que tienen un aborto inseguro son más propensas que las adultas a postergar su búsqueda de ayuda para las complicaciones. Corren el riesgo de sufrir posibles lesiones, o incluso la muerte, debido a estas barreras.*
 - *Algunas mujeres jóvenes son forzadas a ser madres en contra de su voluntad, mientras que otras son aisladas de su comunidad y forzadas a dejar su casa.*
 - *Por lo tanto, es urgente eliminar la mayor cantidad posible de estas barreras para garantizar que las mujeres jóvenes reciban los servicios que necesitan y a los cuales tienen derecho, y que no recurran a abortos inseguros, que pueden poner en peligro su vida.*
 - *Madres, padres, la comunidad, las personas responsables de formular políticas y profesionales de la salud, todas estas personas pueden desempeñar un papel importante para eliminar las barreras a los servicios de aborto para las personas jóvenes.*
13. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Nota para el equipo facilitador: Si selecciona este ejercicio, asegúrese de abarcar también el Módulo 5: Ampliando el acceso a los servicios de aborto, y la Herramienta 5B: Abordando las barreras a los servicios.

Parte II: Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

3. Un enfoque en los servicios basado en los derechos
4. Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas
5. Ampliando el acceso a los servicios de aborto
6. Asegurando la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados

parte dos

Servicios de aborto seguro para personas jóvenes

Servicios para personas jóvenes

*Esfuerzos de **advocacy** para iniciar nuevos servicios y mejorar los servicios ya establecidos*

Tratamiento justo y equitativo brindado por profesionales de la salud

Facultar a la juventud: un ambiente amigable

Abundante información

Respaldar la información con servicios confidenciales

Esfuerzos organizados por parte de [organizaciones gubernamentales] y [organizaciones no gubernamentales]

Respete nuestras decisiones

Confíe en nosotras

Decisiones informadas

Eliminar mitos e ideas falsas

Necesitamos su apoyo

(Por Smita Pawar, India, *Youth Coalition* 2007)

Módulo 3: Un enfoque en los servicios basado en los derechos



Imagen utilizada con el permiso de la Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (*Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights*) © 2007. Agradecemos especialmente al grupo de participantes del Taller Nacional para Abogar por Servicios de Aborto Seguro en Ecuador, que se llevó a cabo en el año 2007.

3.1 Introducción

El reconocimiento de los derechos de las personas jóvenes a la salud y la información, y el respeto por esos derechos, deben guiar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Esto significa que todas las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir servicios de aborto seguro y que no hay ninguna condición o circunstancia por la cual algunas mujeres jóvenes sean más “merecedoras” de los servicios seguros que otras. Implica también respetar y defender la capacidad de las mujeres jóvenes para participar al máximo en los servicios de salud que reciben y dar su consentimiento para ellos. Un mejor entendimiento de los derechos de las mujeres jóvenes puede influir de manera positiva en las barreras sociales y del sistema de salud, así como en las barreras legislativas y políticas, tales como las leyes de consentimiento. En este módulo se proporcionan herramientas e información sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes y sobre el derecho de las mujeres jóvenes a tomar decisiones respecto a los servicios de aborto.

3.2 Derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes

La salud es un derecho humano al cual todas las personas tienen derecho según la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. La Declaración establece también que todos los seres humanos nacen iguales y tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, a la propiedad y a la información y educación, entre otros (1948, Arts. 3, 17, 25). Los derechos humanos son la base de las recomendaciones en este juego de herramientas.

Desde 1948, posteriores convenciones y conferencias internacionales han aclarado y ampliado los derechos humanos. Aunque las convenciones y los pactos son jurídicamente vinculantes para los gobiernos que las firman y ratifican, las conferencias solo emiten recomendaciones para los gobiernos. Las convenciones y los pactos son protegidos por Comités que monitorean las violaciones contra estos. Además de la Declaración de Derechos Humanos, otras convenciones y conferencias importantes para el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto seguro son:

- **El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)**

Afirma que todas las personas tienen el derecho de libre determinación y de proveer libremente a su desarrollo económico y social (Art. 1). Si a una joven se le niega un aborto seguro, su derecho de libre determinación podría ser violado. El Pacto afirma también el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Art. 12). Si a una joven se le niega un aborto seguro, su derecho a la salud es violado.

- **La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994)**

Aunque el concepto de “derechos reproductivos” surgió de la Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, la salud reproductiva fue definida en la CIPD como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (UNFPA 1995 Art. 7.2).

Si a una joven se le niega un aborto seguro, su derecho de controlar su propia fertilidad ha sido violado. Si posteriormente ella busca servicios de aborto inseguro y presenta complicaciones, su derecho de tener una vida sexual segura y que produzca satisfacción también podría ser violado.

La CIPD estableció varios objetivos y metas, como el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para el año 2015 (UNFPA 1995). En cuanto al aborto inducido, la declaración de consenso de la CIPD señaló lo siguiente:

Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones pertinentes intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como un importante problema de salud pública, y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia... En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos (UNFPA 1995, Arts. 7.6, 7.16 y 8.25).

- **Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)**

La conferencia instó a los países a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales” (UNESCO 1995). En 1999, una Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció que, para las indicaciones permitidas por la ley en cada país, “los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible” (ONU 1999).

Todos los seres humanos tienen derecho a estos derechos, independiente de toda distinción biológica, social, económica o política, como género o edad. Por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño afirma el derecho del niño a la libertad de pensamiento y expresión, y a la salud (ONU 1989, Arts. 13, 14, 24). Fue ratificada por todos los países del mundo excepto Estados Unidos y Somalia. Más aún, el Comité de los Derechos del Niño especifica que los gobiernos deben “ofrecer acceso [a niñas y mujeres jóvenes] a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, anticoncepción y aborto seguro, en circunstancias donde el aborto no es contrario a la ley” (ONU 2003).

Al negarles a las mujeres jóvenes los servicios de aborto seguro, se violan muchos de sus derechos humanos, incluso el derecho a la salud y a veces la vida, y numerosos derechos sexuales y reproductivos. Para poder obtener servicios de aborto seguro, las mujeres jóvenes necesitan realizar otros derechos humanos primero: sin información y educación es mucho más difícil identificar un embarazo, opciones para manejar el embarazo y dónde buscar asistencia. Sin la seguridad de que se cumplirán sus derechos a la privacidad y la confidencialidad, las mujeres jóvenes posiblemente se abstengan de buscar servicios de aborto seguro y recurran a opciones inseguras pero más privadas. El acceso a los servicios de aborto seguro está vinculado estrechamente con diversos derechos humanos.

3.3 Facultades en evolución y el principio de la aptitud

Aunque no hay definiciones aceptadas universalmente de la facultad de las personas jóvenes para tomar decisiones, se reconoce generalmente que esta facultad está evolucionando y que no está vinculada directamente con la edad cronológica (Lansdown 2005). Las personas jóvenes de determinada edad pueden tener una gran variedad de facultades para tomar decisiones. La Convención sobre los Derechos del Niño afirma el derecho de las niñas, los niños y las personas jóvenes de tomar decisiones independientes de conformidad con sus facultades. Exige lo siguiente:

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres, o en su caso, de los familiares o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño, de impartirle **–en consonancia con la evolución de sus facultades–** dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención (ONU 2003, énfasis añadido).

Esta convención internacional reconoce que el apoyo y la orientación pueden ser útiles para cualquier persona joven, pero que los padres y tutores deben impartir dirección solo

“en consonancia con” las facultades de la persona joven. Ninguna persona adulta debe intentar dirigir la toma de decisiones de una persona joven si esa persona está facultada para tomar una decisión. En recomendaciones adicionales, el Comité de los Derechos del Niño hizo un llamado a Ucrania a que “tome con urgencia medidas para reducir la mortalidad materna causada por abortos en la adolescencia y asegurarse en la ley y en la práctica de que, **en las decisiones relativas a aborto, siempre se escuchen y respeten las opiniones del menor**” (ONU 2011, énfasis añadido).

Más aún, diferentes decisiones requieren diferentes tipos y niveles de facultades. Una persona joven que de otro modo está inclinada a tomar decisiones de manera impulsiva, y que tal vez tomó una decisión impulsiva cuando optó por tener relaciones sexuales sin protección, probablemente no tome decisiones sobre la atención médica, incluidos los servicios de aborto, de la misma manera. La Asociación Psicológica Americana encontró que, en situaciones estructuradas como las que requieren atención médica y el procesamiento de información básica, la mayoría de las personas jóvenes pueden entender los riesgos y beneficios de los procedimientos médicos tan bien como las personas adultas, y pueden tomar decisiones sobre su atención médica de manera independiente (Ehrlich 2003, IPPF 2011, Steinberg et al. 2009, Tillett 2005). Cuando las leyes y políticas locales lo permiten, el personal de salud debe suponer que una persona joven está facultada para tomar una decisión, a menos que la consejería revele que la joven desea el apoyo de su tutor/a en su toma de decisiones. La Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental establece lo siguiente:

La evaluación del profesional tiene como objetivo determinar no si las personas jóvenes tienen o no el derecho de tomar decisiones, sino el grado de apoyo que requieren para apropiarse de y utilizar las facultades que les permiten ejercer sus derechos (2010).

“al basar las facultades para dar el consentimiento para el aborto en la edad cronológica en vez de en la capacidad para entender el procedimiento, sus riesgos inherentes y las alternativas, se hace caso omiso del deber para con los derechos humanos de reconocer y dar expresión a las facultades en evolución de la niña. se disminuye la dignidad de muchas adolescentes y, sin duda alguna, de todas las mujeres.” - (mgmena 2010)

Dado que determinar la capacidad (o incapacidad) continúa siendo algo subjetivo, el útil **principio de la aptitud** se expone en el artículo de Cook y Dickens publicado en la revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*: Las personas jóvenes que entienden que deben proteger su salud reproductiva y que solicitan servicios de salud reproductiva con ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva sin la supervisión de sus padres (2000).

El mismo principio de aptitud puede aplicarse a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Una joven, que determina que tiene un embarazo no deseado y solicita por voluntad propia un aborto seguro para interrumpir su embarazo, está facultada para dar su consentimiento para el procedimiento de aborto seguro.

Si una ley de participación de terceras partes restringe el derecho de las mujeres jóvenes de decidir tener un aborto, el personal de salud aún puede desempeñar un papel importante para proteger la vida y la salud de las mujeres jóvenes sin el consentimiento o la notificación de terceras partes:

- El Comité de los Derechos del Niño afirma el derecho a consejería y consejos privados y confidenciales como algo diferente al derecho a dar consentimiento médico, el cual no está sujeto a ningún límite de edad: Las niñas y los niños tienen el derecho a recibir “consejería y consejos médicos [privados y] confidenciales sin el consentimiento de sus padres, sin distinción de la edad del niño, cuando es necesario para la seguridad o el bienestar del niño” (ONU 2009). El personal de salud debe proporcionar información correcta y completa sobre el aborto seguro, la cual puede incluir datos sobre líneas de asistencia telefónica referente al aborto y organizaciones como *Women on Web*, así como brindar consejería y consejos sobre el aborto con medicamentos, sin la participación de terceras partes.
- Las y los profesionales de la salud tienen el deber ético de brindar atención sin demora cuando la vida de una joven corre peligro. Casi todas las leyes nacionales de aborto en el mundo permiten la interrupción del embarazo cuando la vida de la mujer corre peligro y la mayoría de las leyes referentes a la participación de terceras partes también hacen excepciones en cuanto al consentimiento o la notificación de terceras partes cuando la vida de la joven corre peligro o cuando el embarazo es producto de incesto.
- La atención postaborto, para las mujeres que presentan complicaciones del aborto incompleto o inseguro, siempre debe estar a la disposición de todas las mujeres que la necesiten, sin distinción de edad.
- Las y los profesionales de la salud también pueden tratar las barreras legislativas y políticas de maneras directas, como se describe en el Módulo 5 (5.4 Abordando las barreras legislativas y políticas).
- Para ver más ejemplos, remítase a la sección del Módulo 5 titulada *Estrategias exitosas en ámbitos restrictivos*.

Algún día, espero...

Acongojada me acerco al lugar

Siento que todos los ojos están mirando mi rostro

"No quiero un hijo" es todo lo que digo.

"No quieres 'este' hijo" es lo que dicen ellos

Como si siempre hubiera un niño ahí.

Ya tomé mi decisión.

Sé que es la correcta.

Sé que incluso la ley está de mi parte.

Estas son personas que conozco que creen en mí

Pero también hay otras personas que no ven.

Mi honor, mi cuerpo, mi salud me pertenecen.

Sin embargo, piensan en una persona no nata,

Algo que es solo células, que aún le falta crecer.

Camino dentro, esperando que algún día,

Mis derechos sean míos y no se pongan en juego.

Algún día espero que todas las personas comprendan,

Me respeten como persona y otorguen su lugar a mi decisión.

(Por Arpita Chaudhary, India, *Youth Coalition* 2007)

3.4 Recursos adicionales

EngenderHealth e ICW. 2006. "Overview of Sexual and Reproductive Rights". En *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: A Manual for Trainers and Program Managers*. Nueva York, EngenderHealth. Pp. 117-21. Fuente: <http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/srh-hiv-positive-women-girls.php>

Global Justice Center. 2011. *The right to an abortion for girls and women raped in armed conflict: States' positive obligations to provide non-discriminatory medical care under the Geneva Conventions*. Nueva York: Global Justice Center. Fuente: <http://globaljusticecenter.net/publications/Reports/GJCbrief-final.pdf>

IPPF. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres: IPPF. Fuente: <http://www.ippf.org/en/Resources/Statements/IPPF+Charter+on+Sexual+and+Reproductive+Rights.htm>

Lansdown, Gerison. 2005. *La evolución de las facultades del niño*. Florencia, Italia: UNICEF. Fuente: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/EVOLVING-E.pdf>

Women on Web. <http://www.womenonweb.org>

3.5 Referencias bibliográficas

Chaudhary, Arpita. 2007. "Some Day, I Hope..." En *International Youth Perspectives on Abortion: A Collection of Essays, Poems and Drawings*. Ottawa: The Youth Coalition.

Cook, Rebecca y Bernard Dickens. 2000. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 70: 13-21.

Ehrlich, J. Shoshanna. 2003. Grounded in the reality of their lives: Listening to teens who make the abortion decision without involving their parents. *Berkeley Women's Law Journal*, 18: 61-180.

Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2011. *Understanding Young People's Right to Decide: Why is it important to develop capacities for autonomous decision-making?* Londres: IPPF.

Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental. 2010. *Sexual and Reproductive Rights of Young People: Autonomous Decision Making and Confidential Services*. Nueva York: IPPF/RHO y Profamilia.

Lansdown, Gerison. 2005. *La evolución de las facultades del niño*. Innocenti Insight. Florencia, Italia: UNICEF.

Ngwena, Charles G. 2010. Inscribing abortion as a human right: Significance of the protocol on the rights of women in Africa. *Human Rights Quarterly*, 32 (4): 783-864.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1989. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1999. Informe del Comité Ad Hoc del Vigésimo Primer Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General, que incluye Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1). Nueva York: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2003. Observación General No. 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (U.N. Doc. CRC/GC/2003/4). Nueva York: ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2011. Comité de los Derechos del Niño 56° período de sesiones, Observaciones finales: Ucrania, versión avanzada sin editar. Nueva York: ONU.

Pawar, Smita. 2007. "Safe Abortion Services for Young People." En *International Youth Perspectives on Abortion: A Collection of Essays, Poems and Drawings*. Ottawa: The Youth Coalition.

Steinberg, Laurence, Elizabeth Cauffman, Jennifer Woolard, Sandra Graham y Marie Banich. 2009. Are adolescents less mature than adults? Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop." *American Psychologist*, 64 (7): 583-94.

Tillett, Jackie. 2005. Adolescents and informed consent: Ethical and legal issues. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 19 (2): 112-21.

UNESCO. 1995. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Nueva York: ONU.

UNFPA. 1995. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994. Nueva York: ONU.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 3

Herramienta 3A: Hoja sobre el enfoque en los servicios basado en los derechos

Herramienta 3B: Las mujeres jóvenes, los derechos internacionales y el aborto

Herramienta 3C: El principio de la aptitud

Herramienta 3A: Hoja sobre el enfoque en los servicios basado en los derechos

Derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes

Las convenciones y los pactos son jurídicamente vinculantes para los gobiernos que las firman y ratifican, mientras que las conferencias solo emiten recomendaciones para los gobiernos.

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

- La salud es un derecho humano al cual todas las personas tienen derecho.
- Todos los seres humanos nacen iguales.
- Tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, a la propiedad y a la información y educación, entre otros.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Todas las personas tienen derecho:

- a la libre determinación
- a proveer libremente a su desarrollo económico y social
- al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994)

- La salud abarca la salud reproductiva
- En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas.
- Se debe ofrecer con prontitud servicios de consejería, educación y anticoncepción postaborto.

Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1999)

Los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible.

Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

Las niñas y los niños tienen derecho a la salud.

Comité de los Derechos del Niño (2003)

Los gobiernos deben ofrecer acceso a las personas jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, anticoncepción y aborto seguro, en lugares donde el aborto no es contrario a la ley.

El derecho de tomar decisiones: Facultades en evolución y el principio de la aptitud

Se acepta generalmente que la facultad para tomar decisiones evoluciona y que no está vinculada directamente con la edad cronológica.

Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

Las niñas, los niños y las personas jóvenes tienen derecho de tomar decisiones independientes de conformidad con sus facultades. El Comité de los Derechos del Niño (2011) interpretó que esto se aplica al aborto.

La evaluación del profesional tiene como objetivo determinar no si las personas jóvenes tienen o no el derecho de tomar decisiones, sino el grado de apoyo que requieren para apropiarse de y utilizar las facultades que les permiten ejercer sus derechos (2010).

Principio de la aptitud

Las personas jóvenes que entienden que deben proteger su salud reproductiva y que solicitan servicios de salud reproductiva con ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto, sin la supervisión de sus padres.

El derecho a la información

El Comité de los Derechos del Niño (2009) afirma que las niñas y los niños de cualquier edad tienen derecho a recibir consejería y consejos médicos privados y confidenciales sin el consentimiento de sus padres, cuando es necesario para su seguridad o bienestar.

Herramienta 3B: Las mujeres jóvenes, los derechos internacionales y el aborto



Propósito

Que cada participante entienda cómo ciertas conferencias, convenciones y declaraciones internacionales defienden los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes, y que entienda cuál es el rol de éstas para asegurar que se respeten los derechos de las mujeres jóvenes.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar los derechos humanos, sexuales y reproductivos que apoyan el derecho de una joven a tener un aborto seguro.
- Describir las posibles consecuencias cuando se violan los derechos humanos, sexuales y reproductivos de una joven.
- Describir su rol para asegurar el derecho de una joven a tener un aborto seguro.



Materiales

- Rotafolio, cinta adhesiva, marcadores
- Hoja de rotafolio preparada: Cronograma de derechos (opcional)
- Hoja de rotafolio preparada: Preguntas para la discusión
- Copias del Cronograma de derechos
- Copias del estudio de caso: ¿Por qué murió ella?



Tiempo

40 minutos: Parte 1: Una cuestión de derechos

35 minutos: Parte 2: ¿Por qué murió ella?

75 minutos en total



Preparativos

- Fotocopiar la hoja titulada “Cronograma de derechos”, una por cada participante.
- Investigar cuáles de las convenciones, conferencias y declaraciones en el Cronograma de derechos han sido firmadas o ratificadas por los países de las y los participantes.

- Adaptar la hoja para distribución titulada “¿Por qué murió ella?” a su contexto local, si es necesario.
- Fotocopiar la hoja para distribución titulada “¿Por qué murió ella?”, una por cada participante.
- Fotocopiar las preguntas para la discusión, una por cada grupo.
- Escribir en una hoja de rotafolio las preguntas para la discusión sobre el Cronograma de derechos.
- Escribir en una hoja de rotafolio el Cronograma de derechos (opcional).



Instrucciones

Parte 1:

1. Presente la actividad informando al grupo de participantes que durante esta actividad hablarán sobre los derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, según se aplican a las mujeres jóvenes de 10 a 24 años de edad.

2. Pregúnteles en qué piensan cuando oyen el término “derechos humanos”. Oiga algunas respuestas. Muestre la diapositiva y lea la siguiente definición:

Los derechos humanos son derechos fundamentales de todas las personas en virtud de su condición de seres humanos. Son inalienables y están vinculados entre sí, y protegen nuestra libertad, seguridad, salud y calidad de vida. Todos los seres humanos tienen derecho a estos derechos independiente de toda distinción biológica, social, económica o política, como género o edad.

3. Pídeles que compartan cualesquiera convenciones y conferencias internacionales que crean ser pertinentes para los derechos sexuales y reproductivos de una joven, y que especifiquen cómo. Escriba las respuestas en una hoja de rotafolio.
4. Entregue a cada participante una copia de la hoja para distribución titulada “Cronograma de derechos”. (**Nota para el equipo facilitador:** Fije en la pared la hoja de rotafolio titulada “Cronograma de derechos” si decidió incluirla en la actividad.) Destaque en palabras concisas las similitudes o diferencias con relación a la lista que creó el grupo.
5. Divida al grupo de participantes en cinco grupos pequeños. Informe a los grupos que tienen 25 minutos para leer la hoja para distribución titulada “Cronograma de derechos” y contestar las cinco preguntas para la discusión. Sin embargo, presentarán al grupo en plenaria su respuesta a una sola pregunta. Pida a cada grupo que designe a una persona como informante.
6. Fije en la pared la hoja de rotafolio con las preguntas para la discusión sobre el Cronograma de derechos:
 - ¿Cuáles son los derechos humanos abarcados en el Cronograma de derechos? ¿De qué manera derechos como estos cambian o evolucionan con el paso del tiempo?
 - ¿Cuáles de estos derechos y convenciones son ratificados y la ley hace que se respeten y se cumplan en su país? ¿De qué manera la ley vela por su cumplimiento?
 - ¿Cómo están relacionadas estas convenciones y conferencias con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes? ¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes? ¿Cómo están relacionados con los servicios de aborto seguro?
 - ¿Qué significan estos derechos y convenciones para las personas que ofrecen servicios de aborto que atienden o desean atender a las mujeres jóvenes?
 - ¿Cómo proporcionan servicios de aborto a la vez que respetan las leyes de su país, los derechos humanos, sexuales y reproductivos de cada mujer joven y la ética médica? ¿Cuáles son algunos de los retos y cómo los pueden superar?

7. Pídale que se vuelvan a reunir en plenaria. Asigne a cada grupo una de las cinco preguntas. Invite a cada grupo a compartir su pregunta asignada y los puntos sobresalientes de la discusión del grupo. Después que cada grupo haga su presentación, conceda tiempo para una discusión adicional y pida a otros grupos que agreguen lo que falte.

8. Resuma los puntos sobresalientes de las discusiones y concluya con los siguientes puntos clave:

Todos los seres humanos nacen con una serie de derechos inalienables que proporcionan protecciones fundamentales de la vida, la seguridad, el albergue y la salud, entre otras. Estos derechos no están limitados por ningún factor como género o edad. Las mujeres jóvenes tienen los mismos derechos humanos que todas las demás personas. Negarle a una joven información correcta y completa sobre un aborto seguro o los servicios de aborto seguro es una violación de sus derechos. Cuando las leyes y políticas locales lo permiten, las y los profesionales de la salud deberían ofrecer servicios de aborto seguro a todas las mujeres jóvenes que los deseen o necesiten. En casos de restricciones jurídicas, el personal de salud puede desempeñar roles importantes para proteger la vida y la salud de las mujeres jóvenes, proporcionando información, consejería y consejos, identificando otras indicaciones para el aborto seguro permitidas por la ley y abogando por cambios legislativos y políticos.

9. Informe al grupo de participantes que en la segunda mitad de esta actividad practicarán aplicando estos derechos internacionales a la situación de una joven.

Nota para el equipo facilitador: Una opción para esta actividad es extender la Parte 1 y agregar una visión general de las leyes nacionales y los marcos de derechos en el país de donde proviene cada participante. Conceda tiempo para que discutan cómo sus leyes nacionales y marcos de derechos interactúan con los derechos humanos internacionales.

Parte 2:

10. Entregue a cada participante la hoja titulada “¿Por qué murió ella?”
11. Infórmeles que para esta actividad leerán la hoja titulada “¿Por qué murió ella?” y después, en sus grupos pequeños, identificarán los diversos derechos humanos, sexuales y reproductivos que fueron violados en el estudio de caso. Dígales que tienen 15 minutos para realizar esta tarea. Posiblemente sea de utilidad remitir a las personas al Cronograma de derechos y a su discusión sobre los diferentes derechos.
12. Pídale que se vuelvan a reunir en plenaria.
13. Lea el primer párrafo y pida que uno de los grupos pequeños determinen qué derechos fueron violados. Solicite aportes de otros grupos si no se identificaron todas las violaciones de derechos. Utilice la hoja de respuestas al estudio de caso “¿Por qué murió ella?” como guía y señale cualesquiera violaciones de derechos que los grupos no hayan identificado.
14. Continúe así, pidiendo que otro grupo identifique los derechos violados para cada uno de los cuatro párrafos.
15. Pídale que reflexionen sobre los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos que identificaron como violados. Utilice las siguientes preguntas para facilitar la discusión. Conceda aproximadamente 15 minutos para la discusión.
 - ¿Cuáles son las diversas circunstancias que llevan a violaciones de los derechos de las mujeres jóvenes?
 - ¿Cuáles son los retos que afrontan las mujeres jóvenes para ejercer sus derechos? ¿Cómo afecta esto sus opciones?
 - ¿Cuáles son los retos que afrontan las mujeres jóvenes para ejercer todos sus derechos en su país/región?
 - ¿Quién es responsable de hacer cumplir los derechos de las mujeres jóvenes? ¿Qué debe suceder para hacer respetar y cumplir los derechos de las mujeres jóvenes a nivel gubernamental? ¿A nivel de la unidad de salud? ¿A nivel comunitario? ¿A nivel individual?
 - ¿Cuál es su responsabilidad para asegurar que se respeten los derechos de Mina? ¿Qué acciones pueden tomar ustedes en su nivel?

16. Destaque los puntos únicos y resuma utilizando los siguiente puntos clave:

- *En todas partes del mundo, las mujeres jóvenes se enfrentan con violaciones de sus derechos humanos cada día. En comparación con sus pares de sexo masculino o con personas adultas, las mujeres jóvenes son afectadas de manera desproporcionada por violaciones.*
- *Hemos visto también cuán interconectados están los derechos humanos: sin información puede ser mucho más difícil buscar o recibir servicios de salud. Asimismo, sin libertad de discriminación –igualdad de paga, por ejemplo– los servicios de aborto seguro posiblemente no sean accesibles financieramente para una joven.*
- *Esto significa que debemos trabajar por los derechos de las mujeres jóvenes en muchos niveles, desde el gobierno hasta las comunidades y las personas, y en muchas áreas diferentes. Cada persona tiene la responsabilidad de hacer cumplir los derechos humanos de las mujeres jóvenes.*
- *Como profesionales de la salud que ofrecen servicios de aborto seguro, ustedes tienen un rol muy importante que desempeñar.*

17. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

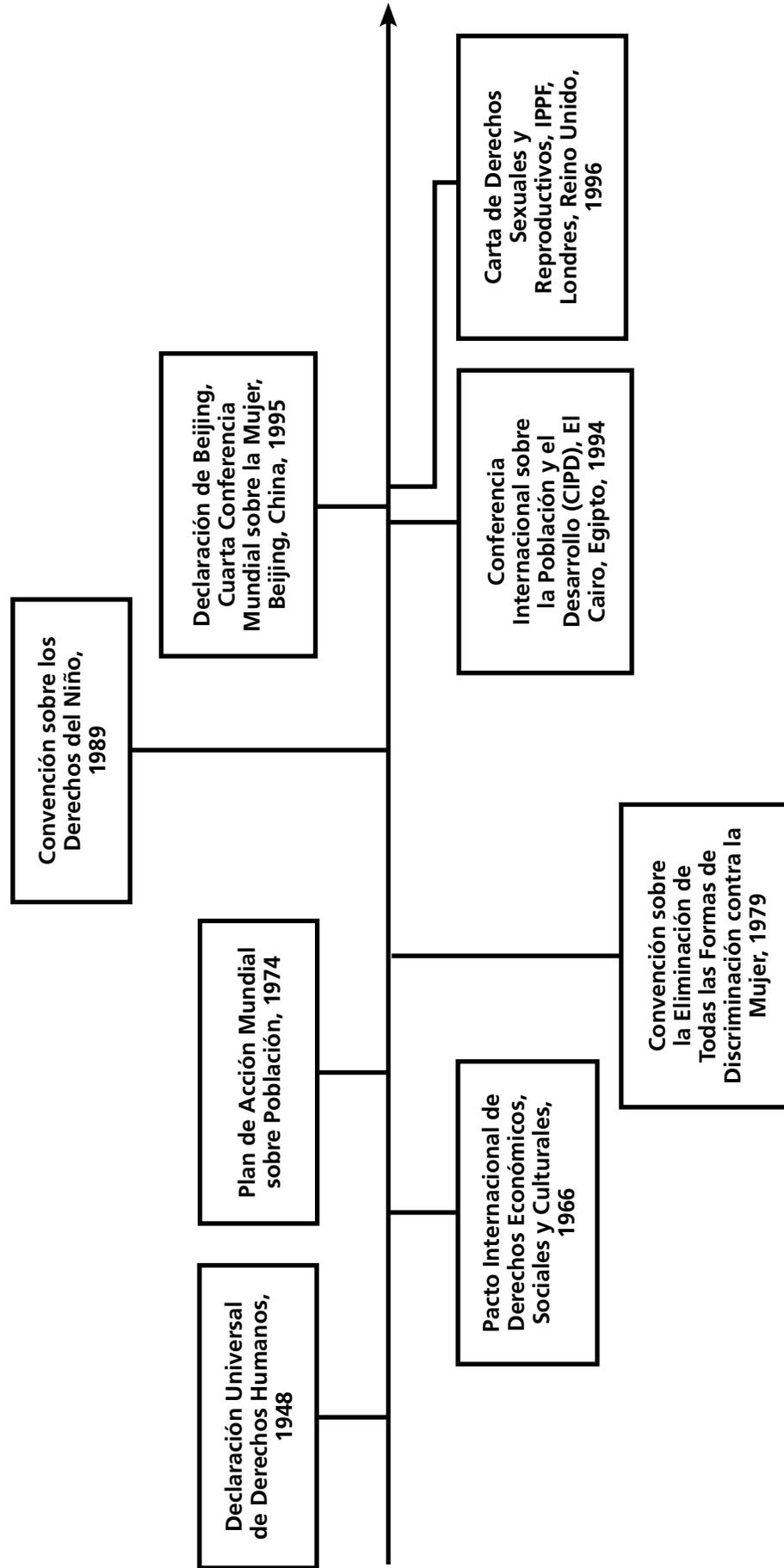
Cronograma de derechos

<p>1948</p>	<p>Declaración Universal de Derechos Humanos</p> <p>Art. 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.”</p> <p>Todos los seres humanos tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, a la salud, a la propiedad y a la educación, entre otros (Arts. 3, 17, 25).</p>
<p>1966</p>	<p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</p> <p>Art. 1: “Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural.”</p> <p>Art. 12: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”</p>
<p>1974</p>	<p>Plan de Acción Mundial sobre Población</p> <p>Art. 14(f): “Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo.”</p>
<p>1979</p>	<p>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer</p> <p>Art. 12.1: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”</p>
<p>1989</p>	<p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Art. 5: “Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada... u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.”</p> <p>Art. 24: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.”</p> <p>En el año 2003, el Comité de los Derechos del Niño hizo un llamado a los gobiernos a “ofrecer acceso [a niñas y mujeres jóvenes] a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, anticoncepción y aborto seguro, en circunstancias donde el aborto no es contrario a la ley” y en 2009, instó a Ucrania a “asegurarse en la ley y en la práctica de que, en las decisiones relativas a aborto, siempre se escuchen y respeten las opiniones del menor.”</p>

<p>1994</p>	<p>Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto</p> <p>Art. 7.2: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”</p> <p>Art. 8.19: “Una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes adolescentes y las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de los embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes.”</p> <p>Art. 8.25: “En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.”</p>
<p>1995</p>	<p>Declaración de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China</p> <p>La conferencia instó a los países a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales” (UNESCO 1995).</p>
<p>1996</p>	<p>Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, IPPF, Londres, Reino Unido</p> <p>En los puntos sobresalientes de la carta original de 1996, se establecieron los derechos humanos como el derecho a decidir si casarse o no y a formar y planificar una familia, el derecho a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos, el derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud y el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, entre otros.</p>
<p>2009</p>	<p>Llamado a la Acción de Berlín, CIPD+15, Berlín, Alemania</p> <p>Párrafo 3: “Aseguren los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes y jóvenes. Empoderen a los/las jóvenes para que puedan tomar decisiones informadas sobre su vida y su forma de sustento en un entorno libre de todas las barreras al acceso a la gama completa de información y servicios de salud sexual y reproductiva. Garanticen la confidencialidad y eliminen el consentimiento parental y el conyugal, así como las restricciones respecto a la edad. Expandan y asignen los recursos necesarios para proveer servicios efectivos, permanentes y adecuados al género y a la juventud, así como una educación sexual basada en la evidencia científica, oportuna e integral. Reconozcan y respeten la diversidad de los/las jóvenes y reúnan datos desagregados por edad y género.”</p>

Hoja de rotafolio: Cronograma de derechos (opcional)

Nota para el equipo facilitador: Esta imagen se puede dibujar en una hoja de rotafolio o en una pizarra para dar una presentación visual del cronograma.



Hoja para distribución: ¿Por qué murió ella?

Mi nombre es Mina y tengo 17 años de edad. Llevo más de un año trabajando en una fábrica. Es trabajo arduo y gano un sueldo muy pequeño, mucho más bajo que el nivel nacional. Gran parte de lo que gano envío a mi familia, que vive en una zona rural. Puedo leer y escribir un poco, pero no fui a la escuela por mucho tiempo porque mis padres no podían pagar la matrícula de mi hermano más la mía. Por lo tanto, él fue a la escuela. No recibí ninguna información sobre la salud sexual y reproductiva, ni en casa ni en la escuela.

Durante mi primer mes en la fábrica, uno de los supervisores me presionó para tener sexo con él. No usó un condón ni ningún otro tipo de protección. Me dijo que me lavara después para no quedar embarazada y que no le contara a nadie. Dado que nadie habla sobre estas cosas, nunca se lo conté a nadie. Afortunadamente, no quedé embarazada. Mis padres quieren que me case pronto con un muchacho de un pueblo aledaño, y quieren que continúe siendo virgen hasta que nos casemos.

Hace poco conocí a un joven en la fábrica. Él me trató bien y me preguntó si quería salir con él. Empezamos a salir y, después de un tiempo, comenzamos a tener relaciones sexuales. Cuando podíamos obtenerlos, usábamos condones. Pero eran difíciles de obtener y a veces cuando teníamos un condón, lo poníamos tarde, después de haber empezado a tener sexo.

El mes pasado no me bajó la regla. Los senos se sentían sensibles a la palpación y estaban un poco más grandes. No sabía con certeza si estaba embarazada, pero sabía que no podía tener un hijo. Mi gerente me obligaría a dejar mi trabajo en la fábrica si se enterase. No podría nunca viajar a casa porque sería una deshonra para mis padres y ya no podría casarme. Oí hablar de una señora que ayuda a las mujeres jóvenes en estas situaciones. Ella cobra menos dinero que el centro de salud y yo no correría el riesgo de que me vea alguien que me conoce; por lo tanto, fui a verla. Ella introdujo algo muy profundo dentro de mí. Me dolió mucho y salió mucha sangre. Me sentí muy débil y tenía mucho dolor. Mi amiga me encontró muerta a la mañana siguiente.

Hoja de respuestas: ¿Por qué murió ella?

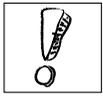
Mi nombre es Mina y tengo 17 años de edad. Llevo más de un año trabajando en una fábrica. Es trabajo arduo y gano un sueldo muy pequeño, mucho más bajo que el nivel nacional. **(Derecho de recibir un salario justo y equitativo, y a la libertad de discriminación)**. Gran parte de lo que gano envío a mi familia, que vive en una zona rural. Puedo leer y escribir un poco, pero no fui a la escuela por mucho tiempo porque mis padres no podían pagar la matrícula de mi hermano más la mía. Por lo tanto, él fue a la escuela. **(Derecho a la información y educación, y a la libertad de discriminación)**. No recibí ninguna información sobre la salud sexual y reproductiva, ni en casa ni en la escuela. **(Derecho a la información y educación)**.

Durante mi primer mes en la fábrica, uno de los supervisores me presionó para tener sexo con él. **(Derecho a la seguridad de la persona)**. No usó un condón ni ningún otro tipo de protección. Me dijo que me lavara después para no quedar embarazada y que no le contara a nadie. **(Derecho a la información y educación)**. Dado que nadie habla sobre estas cosas, nunca se lo conté a nadie. Afortunadamente, no quedé embarazada. Mis padres quieren que me case pronto con un muchacho de un pueblo aledaño, y quieren que continúe siendo virgen hasta que nos casemos. **(Derecho de decidir si casarse o no y cuándo y con quién casarse)**.

Hace poco conocí a un joven en la fábrica. Él me trató bien y me preguntó si quería salir con él. Empezamos a salir y, después de un tiempo, comenzamos a tener relaciones sexuales. Cuando podíamos obtenerlos, usábamos condones. Pero eran difíciles de obtener **(Derechos de recibir atención sanitaria y gozar de los beneficios del progreso científico)** y a veces cuando teníamos un condón, lo poníamos tarde, después de haber empezado a tener sexo. **(Derecho a la información y educación)**.

El mes pasado no me bajó la regla. Los senos se sentían sensibles a la palpación y estaban un poco más grandes. No sabía con certeza si estaba embarazada, pero sabía que no podía tener un hijo. Mi gerente me obligaría a dejar mi trabajo en la fábrica si se entera. **(Derecho a la libertad de discriminación)**. No podría nunca viajar a casa porque sería una deshonra para mis padres y ya no podría casarme. **(Derecho de decidir si casarse o no y cuándo y con quién casarse)**. Oí hablar de una señora que ayuda a las mujeres jóvenes en estas situaciones. Ella cobra menos dinero que el centro de salud y yo no correría el riesgo de que me vea alguien que me conoce; por lo tanto, fui a verla. Ella introdujo algo muy profundo dentro de mí. Me dolió mucho y salió mucha sangre. **(Derechos de recibir atención sanitaria y gozar de los beneficios del progreso científico)**. Me sentí muy débil y tenía mucho dolor. Mi amiga me encontró muerta a la mañana siguiente. **(Derecho a la vida y de decidir si tener o no hijos, cuándo tenerlos y con quién)**.

Herramienta 3C: El principio de la aptitud



Propósito

El grupo de participantes cuestionará las suposiciones sobre la aptitud de las mujeres jóvenes para tomar decisiones respecto al aborto y entender las posibles consecuencias negativas cuando se les niegan servicios sanitarios básicos a raíz de estas suposiciones.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar sus suposiciones respecto a las aptitudes de las mujeres jóvenes para tomar decisiones.
- Describir las posibles consecuencias cuando se le niega a una joven acceso a servicios de aborto a raíz de estas suposiciones.
- Identificar los dos indicadores para el “principio de la aptitud,” que ayudan a determinar si una joven puede ser considerada capaz de decidir si necesita servicios de aborto.



Materiales

- Laptop, proyector LCD, pantalla
- Rotafolio, caballete, cinta adhesiva, marcadores
- (4) Diapositivas en PowerPoint: ¿Es ella capaz?; Definición de las facultades en evolución; Citas textuales sobre las facultades en evolución; Principio de la aptitud



Tiempo

25 minutos: Actividad: ¿Es ella capaz?

50 minutos: Discusión: Facultades en evolución y el principio de la aptitud

75 minutos en total



Preparativos

- Preparar de antemano el proyector LCD y la pantalla.
- Subir la Diapositiva de la Actividad 3C a la computadora que se utilizará.
- Alternativa: Si no se dispone de un proyector LCD o una computadora, escriba los estudios de casos en una hoja de rotafolio e imprima copias de las imágenes del estudio de caso, suficientes para cada participante o mesa.
- Escriba las preguntas de “¿Es ella capaz?” en una hoja de rotafolio.

Instrucciones

Parte 1:

¿Es ella capaz?

1. Muestre la diapositiva con los objetivos de la actividad. (Si no va a utilizar diapositivas, puede escribir los objetivos en la hoja de rotafolio.) Informe al grupo de participantes que para esta actividad discutirán cuándo debe considerarse a una joven capaz de tomar la decisión de tener un aborto.
2. Infórmeles que verán imágenes de cuatro mujeres jóvenes. Mencione que en esta actividad cada una de las cuatro mujeres jóvenes viven en países donde no existen leyes referentes a la participación de terceras partes; por lo tanto, la persona que proporciona los servicios de aborto puede determinar si la joven es capaz de tomar la decisión de tener un aborto.
3. Dígales que para cada imagen deben escribir sus respuestas a las siguientes preguntas. Fije en la pared la hoja de rotafolio “¿Es ella capaz?” y lea las preguntas en voz alta:
 - *¿Es ella capaz de tomar la decisión de tener un aborto? ¿Por qué? O ¿por qué no?*
4. Muestre las cuatro diapositivas. (Si no va a utilizar diapositivas, puede escribir los estudios de caso en la hoja de rotafolio y distribuir fotos de las mujeres jóvenes.) Lea las descripciones que corresponden a cada una de las diapositivas:
 - *Diapositiva 1: Nina tiene 15 años. No revelará nada sobre sus circunstancias salvo el hecho de que tuvo sexo sin protección hace seis semanas y cree que está embarazada. Dice que quiere tener un aborto.*
 - *Diapositiva 2: Bintu tiene 17 años y es acompañada por su tía. Tiene aproximadamente ocho semanas de embarazo. Su tía está contestando todas las preguntas por ella y dice que Bintu quiere tener un aborto.*
 - *Diapositiva 3: Ana María tiene 22 años y está casada. Tiene 11 semanas de embarazo y quiere tener un aborto. Dice que estuvo embarazada dos veces antes y que interrumpió esos dos embarazos.*
 - *Diapositiva 4: Ángela tiene 12 años y no vino acompañada. Dice que vive con su tía y su tío. Dice que fue violada por su tío. Sabe que puede quedar embarazada, lo cual dice que no quiere. Su prima le dijo que acudiera aquí. Parece estar muy calmada.*
5. Invite a cada participante a emparejarse con la persona a su lado. Concédales 10 minutos para discutir en parejas las diapositivas y sus respuestas a las preguntas.
6. Pídales que vuelvan a reunirse en plenaria. Solicite que varias parejas compartan lo que discutieron. Utilice las siguientes preguntas para facilitar la discusión. Podría ser de utilidad escribir las preguntas para la discusión en una hoja de rotafolio. Conceda 10 minutos para la discusión:
 - *¿Cuál de las mujeres jóvenes, si alguna, fue considerada capaz por su grupo? ¿Cómo llegó su grupo a esa conclusión?*
 - *¿Cuál de las mujeres jóvenes, si alguna, no fue considerada capaz por su grupo? ¿Cómo llegó su grupo a esa conclusión?*
 - *¿Cómo se sintió decidir si la joven era o no capaz? ¿Hubo algo sorprendente del proceso de decidir su capacidad? ¿Hubo algo difícil?*
7. Agradezca a las y los participantes por compartir sus discusiones. Infórmeles que durante la próxima parte de la actividad continuarán hablando sobre cómo determinar la capacidad.

Parte 2:

Facultades en evolución y el principio de la aptitud

8. Divida al grupo de participantes en grupos pequeños.
9. Pregúnteles si están familiarizados con el término “facultades en evolución”. Solicite que alguien se ofrezca a compartir sus conocimientos, si es pertinente.
10. Muestre la diapositiva: **Definición de facultades en evolución.**
11. Muestre las diapositivas: **Citas textuales 1 a 3 sobre las facultades en evolución.**
12. Solicite que los grupos pequeños reflexionen sobre el concepto de facultades en evolución y lo que dicen las citas textuales.
 - *Si no basamos nuestra decisión en la edad cronológica, ¿cómo determinamos cuándo una joven es capaz de dar su consentimiento para el aborto?*
 - *¿Cómo evaluamos su capacidad para entender el procedimiento, los riesgos y las alternativas?*
 - *¿De qué manera nuestra evaluación podría impactar sus derechos humanos, sexuales y reproductivos?*
13. Pregúnteles si están familiarizados con el “principio de la aptitud”. Solicite que una persona se ofrezca para compartir sus conocimientos, si es pertinente.
14. Muestre la diapositiva: **Principio de la aptitud.**

Diga lo siguiente:

Dado que determinar la capacidad (o incapacidad) continúa siendo algo subjetivo, el útil principio de la aptitud se expone en el artículo de Cook y Dickens publicado en la revista International Journal of Gynecology and Obstetrics: Las personas jóvenes que entienden que deben proteger su salud reproductiva y que solicitan servicios de salud reproductiva con ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva sin la supervisión de sus padres.

Cuando se aplica a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, este principio de la aptitud significa que una joven, que determina que tiene un embarazo no deseado y solicita por voluntad propia un aborto seguro para interrumpir su embarazo, está facultada para dar su consentimiento para el procedimiento de aborto seguro. Este principio limita el rol del personal de salud para evaluar su capacidad y apoya el enfoque de “suposición de capacidad”. La capacidad de la joven es demostrada lo suficiente con su acción voluntaria de buscar y solicitar un aborto seguro.

15. Pida a los grupos pequeños que apliquen el principio de la aptitud a los casos de Nina, Bintu, Ana María y Ángela de la Parte 1 de la actividad.

¿Cuál de las mujeres jóvenes debe ser considerada capaz de decidir si quiere tener un aborto, según esta definición?

Nota para el equipo facilitador: Nina, Ana María y Ángela todas pueden ser consideradas capaces según el principio de la aptitud. El caso de Bintu se puede cuestionar porque su tía está hablando por ella, pero una conversación con Bintu sin su tía podría mostrar que en realidad es su propia decisión tener un aborto. En el caso de Ángela, las y los participantes podrían estar preocupados en cuanto a los reglamentos sobre cómo denunciar el abuso sexual de una menor, pero este es un asunto aparte de su capacidad para dar su consentimiento para los servicios de aborto.

16. Pida a los grupos pequeños que discutan el principio de la aptitud. Infórmeles que tendrán 15 minutos para contestar cuatro preguntas para la discusión. Solicite que traten de contestar todas las preguntas e infórmeles que presentarán los puntos clave para una de las preguntas. Pida a los grupos que designen a un/a presentador/a que rendirá informes al grupo en plenaria. Utilice las siguientes preguntas para facilitar la discusión:

- *¿Cuáles son los beneficios de utilizar el principio de la aptitud? ¿Para las mujeres jóvenes que buscan servicios? ¿Para su centro de salud u organización? ¿Para usted personalmente?*
 - *¿Cuáles son los retos? ¿Para las mujeres jóvenes que buscan servicios? ¿Para su centro de salud u organización? ¿Para usted personalmente?*
 - *¿Cómo puede enfrentarse a algunos de los retos?*
 - *¿Cuáles son las opciones para las mujeres jóvenes que se determina son incapaces de decidir tener un aborto? ¿Cuáles son los diferentes riesgos asociados con esas opciones?*
17. Asigne a cada grupo una de las preguntas. Invite a cada grupo a compartir su pregunta asignada y que resuma los puntos sobresalientes de la discusión del grupo. Después de la presentación de cada grupo, conceda suficiente tiempo para una discusión adicional y pida que otros grupos agreguen lo que falte.
18. Recuérdeles de los riesgos asociados con demoras en el aborto o aborto inseguro y con el parto, en particular para las mujeres muy jóvenes, si no se mencionan:
- *La evidencia muestra que las mujeres jóvenes a quienes se les niegan servicios de aborto seguro están menos inclinadas a buscar asistencia de otro prestador de servicios que las mujeres adultas.*
 - *La evidencia anecdótica también muestra que las mujeres jóvenes consideradas incapaces de tomar decisiones independientes, o para quienes se solicita obtener el consentimiento de terceras partes para el procedimiento de aborto, tienden a recurrir a servicios de aborto inseguro, cometer suicidio o son forzadas a llevar el embarazo a término, en vez de renunciar a su privacidad. Incluso en los casos en que una joven acude a otro prestador de servicios u obtiene el consentimiento de una tercera parte, el aborto será demorado, lo cual presenta mayores riesgos.*
 - *El aborto inseguro y el parto a temprana edad ambos presentan mayor riesgo de muerte que el aborto seguro. Existen riesgos para la salud cuando se demora un aborto o se realiza un aborto inseguro, así como durante el parto, a cualquier edad temprana, por ejemplo: hemorragia, infección, fístula obstétrica o ruptura uterina.*
 - *Existen riesgos sociales para una joven como que le hagan el vacío o que sus padres la echen de la casa, o que sea expulsada de la escuela, o acosada, atormentada y amenazada.*

Nota para el equipo facilitador: Es importante destacar los riesgos que probablemente afrontaría una joven si se le niegan servicios de aborto seguro. Además, el equipo facilitador debería señalar la lógica viciada que determina que una mujer joven no es capaz (o no tiene suficiente madurez) para dar su consentimiento para el procedimiento de aborto seguro, pero la considera capaz (o suficientemente madura) para criar a un niño.

19. Resuma lo que se discutió en esta actividad y reitere los siguientes puntos clave:
- *El término facultades en evolución significa que la madurez no está vinculada con la edad cronológica y que las mujeres jóvenes tienen derecho a tomar decisiones de manera independiente en acorde con sus facultades.*
 - *Una joven, que determina que tiene un embarazo no deseado y solicita por voluntad propia un aborto seguro para interrumpir su embarazo, puede considerarse capaz para dar su consentimiento para el procedimiento de aborto seguro.*
 - *Si a una joven se le niegan servicios de aborto seguro, su salud y su vida podrían correr peligro.*
 - *Para mayor información, ver la sección 3.3 del juego de herramientas.*
20. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas



Imagen de Yonas Abdela, de Etiopía, ganador del Concurso de Ipas de Arte por Juventud Africana

Traducción

Rompa el silencio
Esperanza
Dolor
Muerte
Discriminación
Lesionar

4.1 Introducción

Los servicios de aborto para las mujeres jóvenes deben ser participativos y deben reconocer que las mujeres jóvenes no son solo beneficiarias de los servicios sino partes interesadas clave en su propia atención médica. Forjar alianzas entre personas jóvenes y adultas es una manera importante y eficaz de incluir las experiencias, habilidades e ideas de las mujeres jóvenes en los servicios de aborto. Dependemos a menudo de información generada por personas adultas para determinar cuáles son los servicios de salud adecuados para las personas jóvenes, lo cual comúnmente produce suposiciones erróneas sobre lo que necesitan y desean estas últimas. En este módulo se ofrecen herramientas y orientación para forjar alianzas entre personas jóvenes y adultas en los servicios de aborto.

"las personas jóvenes son recursos... no son problemas que se deben resolver."

- profesional de la salud, nigeria

4.2 Definición

Una alianza entre personas adultas y jóvenes es una relación en la cual ambas partes trabajan de manera conjunta para tratar los asuntos que afronta la juventud o en programas dirigidos a las personas jóvenes. En una verdadera alianza cada parte tiene la oportunidad de hacer sugerencias y tomar decisiones; se valora la contribución de cada parte (*Advocates for Youth* 2001). Una alianza también implica lo siguiente:

Participación voluntaria y significativa. La participación implica trabajo realizado *con y por* personas, no simplemente *para* ellas (DFID 2010, *Royal College of Pediatrics and Child Health* 2010).

Transferencia de responsabilidad a las personas jóvenes (*YouthNet* y FHI 2005). Cuando a las personas jóvenes solo se les asignan tareas o se les consulta respecto a ciertos procesos, no se les puede considerar como aliadas. A medida que las personas jóvenes reciben y asumen responsabilidad, pasan por la transición de ser beneficiarias de los programas a ser aliadas y líderes (DFID 2010).

"cuando me dan responsabilidad, me siento como si la gente confiara en mí... si una persona adulta confía en una persona joven, es más probable que esta última trate esa responsabilidad con cuidado y con orgullo y que madure como persona."

- christine, norteamérica (curtis 2008)

4.3 Beneficios

Las alianzas con las personas jóvenes traen muchos beneficios, por ejemplo:

- Cumplimiento de derechos y deseos: Mediante las alianzas con las personas jóvenes se cumple su derecho y su deseo de participar al máximo en cualquier programa cuyo objetivo es atender a la juventud. Además, se desarrollan habilidades relacionadas con la participación cívica y se empodera a las personas jóvenes para que formen parte de la ciudadanía activa. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre los Derechos del Niño establecen la participación como un derecho de todos los niños, niñas y personas jóvenes, que no está limitado por edad, sexo, género, condición socioeconómica, capacidad física o mental, o cualquier otra

característica del niño, la niña o la persona joven (ONU 1966, ONU 1989, Arts. 12, 23 y 24). Mundialmente, las personas jóvenes desean tener oportunidades para ejercer su derecho a la participación.

"Nada para nosotros sin nosotros."
- mantra de educadoras y educadores de pares en Sudáfrica

- Aprendizaje y empoderamiento: Las alianzas con personas adultas pueden apoyar a las personas jóvenes para conocer y cuestionar las leyes, políticas y normas que generan y perpetúan las desigualdades, como las leyes restrictivas de aborto o consentimiento. Mediante estos procesos de aprendizaje, las personas jóvenes pueden empezar a realizar su propio poder para producir cambios (Instituto Promundo et al. 2009). Al aliarse con las personas jóvenes, las y los profesionales de la salud y gerentes de los servicios de aborto pueden adquirir un mayor entendimiento de lo que necesitan y desean las personas jóvenes y pueden empoderarse para atender mejor a las mujeres jóvenes.

"Nosotros, niños y niñas, somos expertos en tener 8, 12 ó 17 años en las sociedades de hoy en día. Si nos consultan, su trabajo sería más eficaz y tendría mejores resultados para los niños y las niñas."
- mujer joven, noruega (Greene et al. 2010)

- Mejor comunicación sobre temas difíciles: Las alianzas entre personas jóvenes y adultas facilitan la comunicación entre generaciones respecto a temas que son considerados tabú o difíciles (Instituto Promundo et al. 2009). Esto es de particular importancia para el aborto, ya que es un tema tabú y estigmatizado en muchas culturas, y las prácticas relacionadas con el aborto a menudo están envueltas en un velo de secreto y vergüenza (Kumar et al. 2009). Al mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y usuarias de los servicios, se puede mejorar también la calidad de la atención (Ngo-Metzger et al. 2010).
- Disminución de las barreras relacionadas con los servicios de salud y mejoramiento de estos: Mediante la participación comunitaria se aumenta la probabilidad de atender las necesidades de las usuarias y se mejoran los resultados relacionados con la salud (Ahluwalia et al. 2003). Éste es el principio detrás de la herramienta de *Save the Children* titulada "calidad definida por la alianza" (2003) (ver recuadro).

"Los remedios para asuntos relacionados con la calidad de los servicios posiblemente se encuentren entre las personas jóvenes, si participan y están empoderadas para compartir sus puntos de vista."
- Save the Children 2008

Calidad definida por alianzas para la juventud (PDQ-Y, por sus siglas en inglés)

La PDQ-Y es un método utilizado para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para las personas jóvenes, mediante la colaboración entre jóvenes y profesionales de la salud. La responsabilidad de mejorar la salud va más allá del sistema de salud y las soluciones a las deficiencias en los servicios de salud para las personas jóvenes se pueden encontrar fuera de las unidades de salud. Por ello, es importante que las personas jóvenes y profesionales de la salud lleguen a un entendimiento mutuo de lo que constituye la atención de alta calidad: "La percepción de servicios de salud de calidad deficiente puede causar demoras en la búsqueda y recepción de servicios adecuados, lo cual a su vez podría causar más morbilidad y mortalidad" (Save the Children 2003). El proceso de PDQ-Y consiste en cuatro pasos: crear apoyo, explorar la calidad, llenar las brechas y trabajar en alianza. Las personas jóvenes deben ser aliadas o líderes valoradas y activas en todos los pasos.

El juego de herramientas de PDQ-Y se encuentra en la sección de recursos adicionales.

El personal y la administración de las unidades de salud que trabajan conjuntamente con personas jóvenes para definir los servicios de aborto de alta calidad, están más capacitados para atender las necesidades de las mujeres jóvenes con relación al aborto y fomentar comportamientos positivos en cuanto a la búsqueda de asistencia médica. Asimismo, la aplicación de soluciones generadas por la comunidad y la juventud podría mitigar o eliminar las barreras que enfrentan las mujeres jóvenes cuando intentan obtener servicios de aborto seguro. Por lo tanto, las alianzas con las personas jóvenes son un elemento fundamental de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.

"nunca subestime el impacto absolutamente profundo que [usted] puede tener en el mundo cuando trabaja con las personas jóvenes... y nunca subestime lo que estas personas pueden hacer."

- michael, estados unidos, (citado en curtis 2003)

4.4 Alianzas en los servicios de aborto

Existen muchas maneras de forjar alianzas con las personas jóvenes. Para identificar posibles alianzas puede ser de utilidad contactar organizaciones locales que trabajan con la juventud, incluso comunidades diversas y marginadas. Dado que las personas adultas ignoran qué tipo de alianza es más benéfica desde el punto de vista de las personas jóvenes, estas últimas deben ser aliadas activas no solo en la implementación de la alianza, sino también en su diseño y establecimiento (*Save the Children* 2008). Las y los profesionales de la salud posiblemente encuentren que las personas jóvenes están ansiosas por forjar una alianza en la cual sirve de recursos.

Por medio de alianzas las personas jóvenes pueden:

- Definir y diseñar servicios de aborto más accesibles y adecuados para las mujeres jóvenes.

Por ejemplo:

- Realizar o participar en entrevistas, grupos focales, encuestas y maneras no tradicionales de recopilar información, analizar respuestas y hacer recomendaciones para los servicios o diseñarlos.
- Dirigir o participar en recorridos de centros de salud para determinar cuáles son las brechas en la prestación de servicios.
- Dirigir o participar en consejos de asesoría (de la juventud) que hagan recomendaciones y tomen decisiones respecto a los servicios, incluida la asignación de recursos.

- Dirigir y contribuir a la prestación de servicios.

Por ejemplo:

- Llevar a cabo actividades de extensión a la comunidad, que incluyan información y educación, para crear mayor conciencia de los servicios, como diseñar y dirigir medios no tradicionales de extensión que sean más adecuados para la juventud.
- Brindar o dirigir acompañamiento, recursos y apoyo social antes, durante y/o después del aborto.
- Ofrecer servicios, tales como consejería pre y postaborto, aborto con medicamentos, asesoría y pruebas voluntarias de VIH, consejería sobre la anticoncepción postaborto y suministro de métodos anticonceptivos seleccionados.
- Trabajar en la administración de las unidades de salud.

- Evaluar la calidad de los servicios e influir en los esfuerzos para mejorar su calidad.

Por ejemplo:

- Realizar o participar en entrevistas de egreso de las usuarias, grupos focales y encuestas, analizar respuestas y hacer recomendaciones para mejorar la calidad.
- Aplicar procesos no tradicionales de evaluación diseñados por las mujeres jóvenes y para ellas.
- Servir de promotores y defensores de las personas jóvenes en la unidad de salud o en el distrito.

Ejemplo: Mujeres jóvenes a la vanguardia de los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de aborto en México

En el Distrito Federal de México, los servicios de aborto son legales y accesibles; sin embargo, continúan siendo sumamente restringidos en el resto del país. Muchas mujeres viajan grandes distancias desde zonas rurales hasta la ciudad para obtener servicios de aborto, lo cual requiere mucho tiempo y recursos. Las mujeres adineradas generalmente pueden pagar por los servicios que necesitan y la logística, pero muchas mujeres pobres no tienen los medios para hacerlo, por lo cual el acceso al aborto se convierte en un asunto de clases además de ser un asunto de derechos humanos. En respuesta a este problema, dos mujeres jóvenes formaron MARIA, Fondo de Aborto para la Justicia Social, que ayuda a las mujeres a planificar y pagar por transporte y costos de alojamiento, ayuda a programar y pagar (total o parcialmente) el procedimiento y ofrece consejería, información y herramientas de educación. Además, MARIA incrementa la conciencia sobre el derecho de las mujeres al aborto y fortalece relaciones solidarias entre mujeres que creen en este derecho y lo defienden.

Para conocer más al respecto, visite http://www.redbalance.org/maria/inicio_maria_usa.html.

Existen varias barreras para establecer y mantener alianzas exitosas entre las personas jóvenes y adultas; es importante estar al tanto de las dificultades comunes y saber cómo evitarlas. Una de ellas es el formulismo, es decir, cuando se incluye a las personas jóvenes en los procesos o en la toma de decisiones, pero no se les permite influir en estos (Royal College of Pediatrics and Child Health 2010). El formulismo puede impedir que se formen alianzas. Una alianza también se puede deteriorar con el formulismo si no está bien estructurada o establecida (Bergdorf 2008).

Formulismo

En un intento por aumentar el uso de los servicios entre las personas jóvenes, el equipo gerencial de un distrito de salud dio el paso importante de mejorar la participación de la juventud. Sus integrantes están de acuerdo en que cierto número o porcentaje de las personas responsables de tomar decisiones deben ser jóvenes y que se debería invitar a algunas personas jóvenes de la universidad local para que participen en este proceso. Informaron tener éxito después de incluir al número deseado de participantes jóvenes. Sin embargo, las personas jóvenes no reciben apoyo para desarrollar las habilidades necesarias y no se confía en ellas lo suficiente para permitir que participen de manera significativa. Por consiguiente, sus aportes no se toman en consideración en la toma de decisiones y no se convierten en acción. Las personas jóvenes se frustran, renuncian del organismo responsable de la toma de decisiones y pierden la fe en los procesos dirigidos por personas adultas.

Las actitudes personales negativas, ya sea de las personas adultas o de las jóvenes, los estereotipos de la juventud y las instituciones o comunidades que no valoran la participación de las personas jóvenes o tienen prejuicios en contra de su participación, todos estos factores constituyen barreras adicionales (Bergdorf 2008, IPPF 2004, Tayo 2002, YouthNet y FHI 2005). Además, el estigma en torno a la edad, la sexualidad y el género de las personas jóvenes, así como el estigma relacionado con el aborto en la juventud, pueden afectar las alianzas que tratan los servicios de aborto en particular (ver Módulo 2: Barreras a los servicios).

Para tener éxito, las alianzas deben basarse en principios rectores de confianza, respeto y valores cívicos que den prioridad absoluta a lo que es mejor para las personas jóvenes (Bergdorf 2008, Instituto Promundo et al. 2009). En alianzas que tratan asuntos de salud sexual y reproductiva y servicios de aborto, también es importante valorar el acceso a los servicios de salud como un derecho de todas las personas jóvenes.

4.5 Monitoreo y evaluación

Monitoreo y evaluación (M&E) es un elemento fundamental de las alianzas con las personas jóvenes, quienes deben recibir capacitación para participar en actividades de M&E o dirigir las (IPPF 2008). Por ejemplo, para evaluar de la manera más eficaz si una alianza con personas jóvenes es exitosa, las personas jóvenes y adultas deben tener un entendimiento común de lo que es el éxito. La definición de éxito debe ser co-creada, apoyada y evaluada por las personas jóvenes en la alianza y a lo largo de su existencia.

Monitoreo y evaluación debe ser una práctica continua, que ocurre a lo largo de un proyecto y no como una idea de último momento o una actividad aparte (*Participation Works* 2008). Al monitorear y evaluar las alianzas con personas jóvenes es importante evaluar la satisfacción de cada participante con los procesos de la alianza, la eficacia de la alianza y el impacto hacia alcanzar la meta establecida, así como cualquier resultado inesperado. Realizar M&E continuo a lo largo de la existencia de la alianza ayudará a fortalecerla y mejorarla (IPPF 2008, YouthNet y FHI 2005).

4.6 Recursos adicionales

Austrian, Karen y Dennitah Ghati. 2010. *Girl Centered Program Design: A Toolkit to Develop, Strengthen and Expand Adolescent Girls Programs*. Nairobi, Kenia: The Population Council. Fuente: http://www.ungei.org/resources/files/2010PGY_AdolGiriToolkit Complete.pdf

DFID. 2010. *Youth Participation in Development, a Guide for Development Agencies and Policy Makers*. Londres: DFID-CSO Youth Working Group. Fuente: <http://www.ygproject.org/>

IPPF. 2004. *Setting Standards for Youth Participation: Self Assessment Guide for Governance and Programmes*. Londres: IPPF. Fuente: <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Setting+Standards+for+Youth+Participation.htm>

Royal College of Pediatrics and Child Health. 2010. *Not Just a Phase, a Guide to the Participation of Children and Young People in Health Services*. Londres: Royal College of Pediatrics and Child Health. Fuente: <http://www.rcpch.ac.uk/Policy/Advocacy/Not-Just-a-Phase-Guide>

Save the Children. 2008. *Partnership Defined Quality for Youth: A Process Manual for Improving Reproductive Health Services through Youth-Provider Collaboration*. Westport, CT: Save the Children. Fuente: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/PDQ-Y-Manual.pdf>

YouthNet y Family Health International. 2005. *Guía para la participación de los jóvenes: evaluación, planificación e implementación*. Arlington, VA: Family Health International. Fuente: <http://www.fhi.org/sp/Youth/YouthNet/RHTrainMat/yppguide.htm>

Women Deliver. 2010. *Youth Guide to Action on Maternal Health*. Nueva York: Women Deliver. Fuente: http://www.womendeliver.org/assets/Youth_Guide_to_Maternal_Health_FINAL.pdf

4.7 Referencias bibliográficas

Advocates for Youth. 2001. Building Effective Youth-Adult Partnerships. *Transitions*, 14 (1): 10-2.

Ahluwalia, I.B., T. Schmid, M. Kouletio, O. Kanenda. 2003. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 82 (2): 231-40.

Balas, H. 2003. *Engaging Youth in Policymaking Improves Policies and Youth Outcomes*. Sacramento: The Center for Health Improvement.

Bergdorf, Timothy. 2008. *Untapped Resources: Problems and Possibilities Pertaining to Meaningful Youth Participation*. Goteborg, Suecia: Gothenburg University.

Curtis, K. 2008. *Empowering Youth, How to Encourage Young Leaders to Do Great Things*. Minneapolis, MN: Search Institute.

DFID. 2010. *Youth Participation in Development, a Guide for Development Agencies and Policy Makers*. Londres: DFID-CSO Youth Working Group.

Greene, Margaret E., Laura Cardinal y Eve Goldstein-Siegel. 2010. *Girls Speak: A New Voice in Global Development*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

Instituto Promundo, Salud y Género, Comunicação em Sexualidade (ECOS), Instituto PAPAI y World Education. 2009. *Working with Young Women: Empowerment, Rights and Health*. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Promundo.

- IPPF. 2004. *Setting Standards for Youth Participation: Self Assessment Guide for Governance and Programmes*. Londres: IPPF.
- IPPF. 2008. *Springboards: A hands-on guide to developing youth-friendly centers*. Londres: IPPF.
- Kirby, Douglas B., B.A. Laris y Lori A. Rolleri. 2007. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People throughout the World. *Journal of Adolescent Health*. 40: 206-17.
- Kumar, Anuradha, Leila Hessini y Ellen M. H. Mitchell. 2009. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health and Sexuality*. 11 (6): 625-39.
- Ngo-Metzger, Quyen, Gillian R. Hayes, Yunan Chen, Ralph Cygan y Craig F. Garfield. 2010. Improving communication between patients and providers using health information technology and other quality improvement strategies: Focus on low-income children. *Medical Care Research and Review*. 67 (5) Supplement: 246S-267S.
- ONU. 1966. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: ONU.
- ONU. 1989. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: ONU.
- Participation Works. 2008. *Evaluating Participation Works: The Guide*. Londres: Participation Works.
- Royal College of Pediatrics and Child Health. 2010. *Not Just a Phase, a Guide to the Participation of Children and Young People in Health Services*. Londres: Royal College of Pediatrics and Child Health.
- Save the Children. 2003. *Partnership-Defined Quality: A tool book for community and health provider collaboration for quality improvement*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children. 2008. *Partnership-Defined Quality for Youth: A Process Manual for Improving Reproductive Health Services through Youth-Provider Collaboration*. Westport, CT: Save the Children.
- Tayo, Oliver. 2002. "An Adult's Dilemma on Youth Participation." En *What Works in Youth Participation: Case Studies from around the World*, ed. Silvia Golombek, 14-5. Baltimore: International Youth Foundation.
- YouthNet y Family Health International. 2005. *Guía para la participación de los jóvenes: evaluación, planificación e implementación*. Arlington, VA: Family Health International.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 4

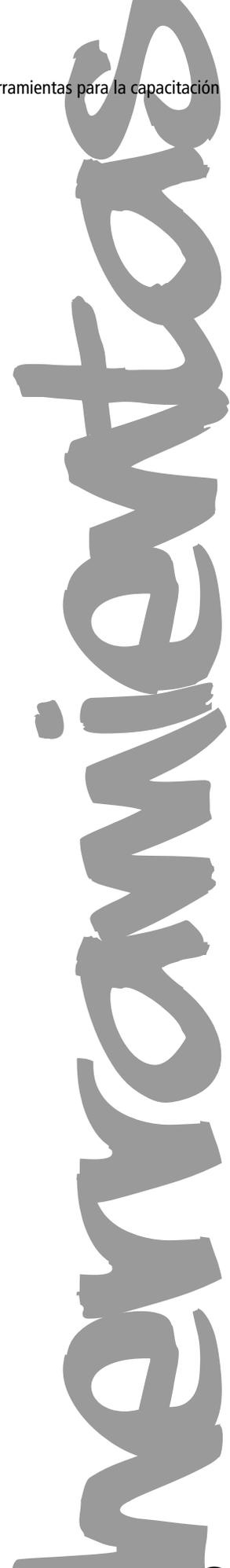
HERRAMIENTA 4A: Hoja sobre cómo forjar alianzas entre personas jóvenes y adultas

HERRAMIENTA 4B: Trabajando con personas jóvenes

HERRAMIENTA 4C: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto

HERRAMIENTA 4D: Barreras para establecer alianzas exitosas con personas jóvenes y cómo superarlas

HERRAMIENTA 4E: Cómo evaluar las alianzas con personas jóvenes



Herramienta 4A: Hoja sobre cómo forjar alianzas entre personas jóvenes y adultas

Definición

Una alianza entre personas adultas y jóvenes es una relación en la cual ambas partes trabajan de manera conjunta para tratar asuntos pertinentes para las personas jóvenes, o en programas dirigidos a éstas. Consiste en:

- Participación voluntaria y significativa
- Transferencia de responsabilidad a las personas jóvenes

Beneficios

- Cumplimiento de derechos y deseos
- Aprendizaje y empoderamiento
- Mejor comunicación sobre temas difíciles
- Reducción de barreras y mejores servicios de salud

Alianzas en los servicios de aborto

Las personas jóvenes deben ser participantes activas en el diseño, el establecimiento y la ejecución de la alianza. Una alianza exitosa se basa en confianza, respeto y valores cívicos, entre ellos el derecho de las personas jóvenes a recibir servicios de salud, y da prioridad absoluta a lo que es mejor para las personas jóvenes.

Las personas jóvenes pueden:

- Definir y diseñar servicios de aborto más accesibles y adecuados para las mujeres jóvenes
- Dirigir y contribuir a la prestación de servicios
- Evaluar la calidad de los servicios e influir en los esfuerzos para mejorar la calidad

Ejemplos de barreras a una alianza exitosa:

- Formulismo: se incluye a las personas jóvenes solo para salvar las apariencias
- Actitudes negativas de las personas adultas o de las personas jóvenes
- Estereotipos de las personas jóvenes
- Instituciones o comunidades que no valoran la participación de las personas jóvenes
- Estigma basado en edad, sexualidad, género y aborto

Monitoreo y evaluación

A las personas jóvenes se les debe brindar apoyo y desarrollar sus habilidades para participar en actividades de monitoreo y evaluación o dirigirlos a lo largo de un proyecto.

Herramienta 4B: Trabajando con personas jóvenes



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Utilizar los estudios de casos para identificar los diferentes niveles de participación de las personas jóvenes en actividades relacionadas con la salud.
- Explorar las diferentes maneras en que las mujeres jóvenes pueden participar en los servicios y programas relacionados con el aborto, tanto en las comunidades como en los centros de salud.



Materiales

- Rotafolio, marcadores, cinta adhesiva
- Hoja de rotafolio: Escalera de participación
- Hoja 1 para distribución: Escalera de participación, suficientes copias para cada participante
- Hoja 2 para distribución: Estudios de casos, suficientes copias para cada participante



Tiempo

10 minutos: Introducción

20 minutos: Trabajo en grupo

20 minutos: Discusión en plenaria

50 minutos en total



Preparativos

- Imprimir copias de las dos hojas para distribución
- Dibujar la Escalera de participación en la hoja de rotafolio e indicar los niveles



Instrucciones

1. Repase los objetivos de la sesión con el grupo de participantes.
2. Pídale que compartan las diferentes maneras en que han trabajado con personas jóvenes en asuntos de salud sexual y reproductiva en sus unidades de salud y comunidades (no solo como usuarias). Escriba sus respuestas en la hoja de rotafolio.

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

3. Pídales que identifiquen otras maneras en que podrían trabajar con las mujeres jóvenes para atender mejor sus necesidades de servicios de aborto. Escriba sus respuestas en la hoja de rotafolio.
4. Fije en la pared la hoja de rotafolio titulada “Escalera de participación” y entregue a cada participante una copia de la hoja para distribución con el mismo título. Recuérdeles la definición y dé ejemplos para cada travesaño de la escalera. Concluya diciendo lo siguiente:
 - *La escalera muestra cómo la manipulación, la decoración y el formulismo son niveles de no participación.*
 - *Hay cinco niveles de participación, en los que las personas jóvenes tienen diferentes grados de responsabilidad.*
 - *Mientras que en la “Escalera de participación” esos diferentes niveles se presentan en una relación jerárquica entre sí, muchos grupos de jóvenes reconocen que una forma de participación no siempre es preferible a la otra, sino que depende de la meta general de la alianza y de las ideas de las personas jóvenes respecto a cómo desean participar.*
5. Compare los diferentes travesaños de la escalera con los ejemplos que dieron las y los participantes sobre cómo han trabajado o podrían trabajar con personas jóvenes en asuntos de salud sexual y reproductiva. Vincule algunos de los ejemplos con los travesaños correspondientes en la escalera.
6. Pida al grupo de participantes que den algunos ejemplos más para cada travesaño de la escalera. Dé ejemplos adicionales, según sea necesario, y señale con tacto si determinado ejemplo corresponde mejor a otro travesaño.
7. Divida a las personas en grupos de tres o cuatro. Entregue a cada participante una copia de la hoja para distribución titulada Estudios de casos. Infórmeles que tienen 20 minutos para revisar los estudios de casos y discutir y contestar las preguntas. Pida a cada grupo que designen a un/a presentador/a.
8. Pídales que vuelvan a reunirse en plenaria. Revise el primer estudio de caso. Solicite que la persona designada como portavoz del grupo comparta sus respuestas al primer estudio de caso. Continúe con cada estudio de caso, fomentando discusión después que uno de los grupos haya presentado sus respuestas.

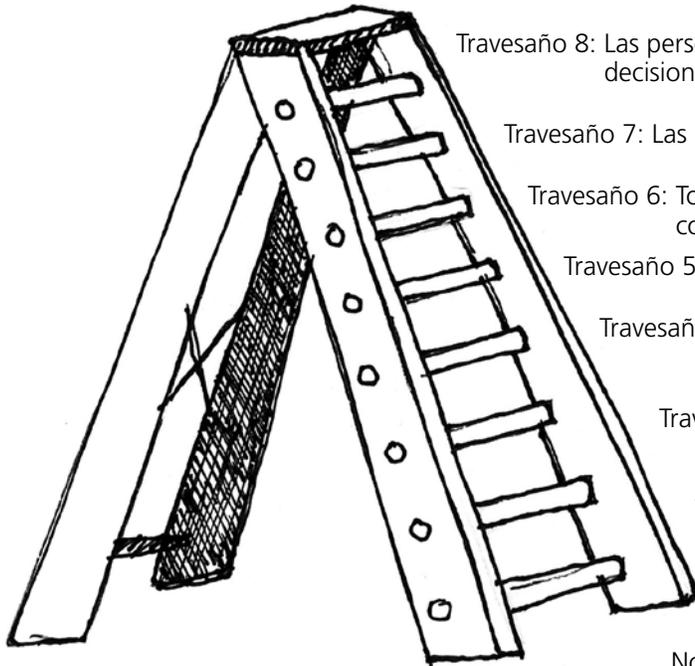
Nota para el equipo facilitador: Remítase a la Hoja de respuestas a continuación durante la discusión en plenaria. Si algunas respuestas difieren de la hoja de respuestas, discútalas con el grupo en plenaria para obtener sus aportes y retroalimentación en vez de insistir en una sola respuesta correcta.

9. Después de haber discutido todos los casos, pídale que compartan algunas de sus ideas para trabajar con personas jóvenes en sus unidades de salud. Utilice como guía las preguntas en la Hoja 2 para distribución.
10. Repase los puntos sobresalientes de las discusiones. Concluya la actividad recordándoles que no hay una pregunta o manera correcta de forjar alianzas con las personas jóvenes, sino que éstas tienen el derecho, y a menudo el deseo, de participar en servicios destinados a ellas.
 - Las alianzas con las personas jóvenes tienen muchos beneficios positivos para los programas destinados a brindarles asistencia.
 - Queremos explorar las diferentes maneras de mejorar las formas en que las y los profesionales de la salud trabajan con las personas jóvenes para mejorar la prestación de servicios de aborto y el acceso de las mujeres jóvenes a estos.
11. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Hoja 1 para distribución: Escalera de participación

Travesaño	Definición	Ejemplo
1. Manipulación (no participación)	Las personas jóvenes no están informadas o no entienden lo que se les está pidiendo que hagan, o son presionadas para hacer algo para beneficio de las personas adultas o de causas dirigidas por éstas.	A una mujer joven la convencen de que se deje retratar, pero nadie le informa que su foto se utilizará en un folleto sobre los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.
2. Decoración (no participación)	Esto es muy parecido a la manipulación pero en este caso las personas jóvenes quizás entiendan sus acciones. Sin embargo, las personas jóvenes solo son utilizadas para apoyar la causa de las adultas de manera indirecta.	A un grupo de niñas se les dan banderas y se les dice que las agiten cuando llegue el Ministro de Salud para inaugurar la nueva unidad de salud para mujeres en su pueblo.
3. Formulismo (no participación)	Las personas jóvenes son incluidas, pero en realidad tienen muy poca voz en este tema o el estilo de comunicarlo y tienen poca o ninguna oportunidad de formular sus propias opiniones.	Se invita a un pequeño grupo de personas jóvenes que han cursado estudios universitarios a asesorar a un consejo de salud comunitario, pero no se les da apoyo o responsabilidad para tomar decisiones.
4. Asignadas e informadas	Las personas jóvenes entienden el objetivo del proyecto; saben quién tomó las decisiones sobre su participación y por qué; y desempeñan un rol significativo.	A un grupo de mujeres estudiantes se les asigna la tarea específica de realizar entrevistas de egreso con sus pares en una clínica de aborto, pero no se les permite cambiar los cuestionarios.
5. Consultadas e informadas	Las personas adultas diseñan y dirigen el proyecto, pero las personas jóvenes entienden el proceso, se les consulta y sus opiniones son tratadas con seriedad.	Se invita a un club de niñas a dar sus ideas sobre el espacio actual del área de espera para las madres jóvenes embarazadas que llegan a la unidad de maternidad, con el fin de mejorar esta área.
6. Toma de decisiones iniciada por personas adultas y compartida	Aunque los proyectos son iniciados por personas adultas, la toma de decisiones es compartida con personas jóvenes. En este nivel, se puede establecer una alianza entre personas adultas y jóvenes, pero dado que la alianza sería iniciada por personas adultas, es de particular importancia asegurar que la toma de decisiones sea compartida y equitativa.	Los ancianos de la comunidad invitan a las mujeres jóvenes a formar parte del consejo asesor en salud comunitaria. Las mujeres jóvenes pueden presentar sus ideas, influir en la toma de decisiones y abogar por las recomendaciones del consejo con los funcionarios de salud de la localidad.
7. Toma de decisiones dirigida por personas jóvenes	Cuando existen condiciones de apoyo, las personas jóvenes pueden trabajar de manera conjunta y dirigir sus propios proyectos. En este nivel, se puede establecer una alianza entre personas adultas y personas jóvenes, pero dado que las personas adultas solo desempeñan un rol de apoyo, posiblemente no sea una alianza equitativa. No hay una toma de decisiones compartida, sino que ésta es la responsabilidad exclusiva de las personas jóvenes. A veces es más apropiado alcanzar la meta deseada.	Las mujeres jóvenes diseñan un proyecto de línea de asistencia telefónica sobre el aborto y buscan el apoyo de personas adultas para iniciarlo. Las personas adultas trabajan con las mujeres jóvenes en el proyecto, pero la toma de decisiones es la responsabilidad exclusiva de las personas jóvenes a cargo de la línea.
8. Toma de decisiones compartida, iniciada por personas jóvenes	Las personas jóvenes les piden a las personas adultas que participen en una actividad que han iniciado. En este nivel, se puede establecer una alianza entre personas jóvenes y adultas.	Profesionales de la salud y un grupo de mujeres jóvenes acuerdan mejorar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Definen la calidad de la atención y crean un plan para mejorar los servicios de manera conjunta. El club de mujeres jóvenes está involucrado en dirigir e implementar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.

Escalera de Roger Hart sobre la participación de las personas jóvenes



Travesaño 8: Las personas jóvenes y adultas comparten la toma de decisiones

Travesaño 7: Las personas jóvenes dirigen e inician

Travesaño 6: Toma de decisiones iniciada por personas adultas y compartida con jóvenes

Travesaño 5: Las personas jóvenes son consultadas e informadas

Travesaño 4: Las personas jóvenes son asignadas e informadas

Travesaño 3: Las personas jóvenes son incluidas por pura fórmula*

Travesaño 2: Las personas jóvenes son decoración*

Travesaño 1: Las personas jóvenes son manipuladas*

Nota: Hart explica que los últimos tres travesaños son **no participación**.

Adaptado de Hart, R. (1992). *Children's Participation from Tokenism to Citizenship*.
Florenca: UNICEP Innocenti Research Centre

Actividad adaptada de: YouAct. 2007. *Young People's Intercultural Dialogue on Sexuality, Politics and Human Rights: Report of the study session held by YouAct in cooperation with the European Youth Centre Budapest of the Council of Europe*. Hilversum, Países Bajos: YouAct.

Hoja 2 para distribución: Estudios de casos

Los estudios de casos en esta herramienta se basan en proyectos de servicios de salud sexual y reproductiva que no están relacionados específicamente con los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, pero sí son pertinentes para estos.

Instrucciones:

Lea los estudios de casos.

Revise y conteste las siguientes dos preguntas después de cada estudio de caso:

- *¿Cuál es el nivel de participación de las personas jóvenes en este caso?*
- *¿Qué podría cambiarse en este caso para aumentar el nivel de participación o establecer y mejorar una alianza con las personas jóvenes? ¿Cómo podría incluirse en el caso más “decisiones iniciadas por jóvenes y compartidas con personas adultas”?*

Utilice las siguientes preguntas para discusión con el fin de explorar las maneras de aumentar la participación de las personas jóvenes en su unidad de salud o en su comunidad.

- *¿Cómo apoyan ustedes actualmente la participación de las personas jóvenes en su unidad de salud?*
- *¿Cómo les gustaría incluir a las personas jóvenes en su trabajo?*
- *¿Cuáles son los beneficios y retos de trabajar con personas jóvenes en la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes en su entorno?*
- *¿Qué roles les gustaría que desempeñen las personas jóvenes? ¿Cuáles son los posibles roles que pueden desempeñar las mujeres jóvenes para ampliar el acceso a los servicios relacionados con el aborto? ¿En la unidad de salud? ¿En la comunidad?*
- *¿Cuáles son los pasos iniciales que pueden dar para lograrlo?*

Estudio de caso 1: Personal de consejería para la juventud ofrece pruebas de VIH en Uganda

En dos centros de salud en una zona urbana, en Uganda, se están agregando a sus servicios asesoría y pruebas voluntarias de VIH orientadas hacia las personas jóvenes. Dado que en ambos centros también se atiende a las personas adultas, la dirección de la unidad de personas adultas hace arreglos para establecer pequeños “rincones de jóvenes”. Además, contratan y capacitan a consejeras y consejeros jóvenes para realizar actividades de extensión a la comunidad y ofrecer consejería, pero no se les pide que hagan recomendaciones para los “rincones de jóvenes”, o los procesos de extensión y consejería, solo para ejecutarlos según los protocolos establecidos. A pesar de lograr éxito programático alcanzando y atendiendo a más personas jóvenes, varios de los consejeros jóvenes informan que a veces se sienten solos en su trabajo y menos seguros de sus habilidades en comparación con sus colegas adultos. Además, a diferencia de sus colegas adultos, los consejeros jóvenes son voluntarios y deben conseguir empleo permanente remunerado.

Estudio de caso inspirado por investigaciones realizadas por: Horizons y Population Council. 2004. *Attracting Youth to Voluntary Counseling and Testing Services in Uganda*. Washington, DC: Population Council.

Estudio de caso 2: Jóvenes ofrecen servicios de anticoncepción en Ecuador

En febrero de 2008, la Federación de Planificación Familiar de Estados Unidos (*Planned Parenthood Federation of America*) y CEMOPLAF, una organización ecuatoriana que trabaja en el área de salud reproductiva, lanzaron un proyecto innovador de adolescentes para atender las necesidades específicas de salud reproductiva de jóvenes indígenas rurales en la provincia Chimborazo de Ecuador. Las personas jóvenes ecuatorianas son capacitadas como trabajadoras de la salud comunitarias (que ofrecen servicios a sus pares), calificadas para ofrecer consejería y métodos anticonceptivos a sus pares. La capacitación consiste en cuatro partes: una introducción a las inyecciones en general, capacitación en Depo Provera en particular, capacitación en los procedimientos de bioseguridad y aprendizaje sobre otras opciones anticonceptivas. Se reúnen semanalmente en una unidad central para discutir los retos y asistir a otras sesiones de capacitación. CEMOPLAF les proporciona almuerzo y capacitación laboral y cubre los costos de transporte. Este programa ha tenido éxito atendiendo las necesidades de un grupo de jóvenes particularmente desatendido y difícil de alcanzar.

De: Planned Parenthood Federation of America. Ecuador Country Program. <http://www.plannedparenthood.org/about-us/international-program/ecuador-country-program-19002.htm>

Comunicación personal con personal de *Planned Parenthood Federation of America*.

Estudio de caso 3: Grupo de jóvenes participa en la creación de una guía de recursos

Una organización no gubernamental (ONG) local invita a un grupo de jóvenes a ayudar a crear una guía de recursos sobre la anticoncepción para las personas jóvenes en su comunidad. Los hombres y las mujeres jóvenes en el grupo están entusiasmados porque a menudo visitan a esta ONG para obtener más información sobre los métodos anticonceptivos. Las niñas en el grupo son invitadas a asistir a una reunión en la ONG. Las 15 niñas que asisten son divididas en grupos más pequeños, en cuartos aparte. Alguien entra a cada cuarto y toma fotos de algunas de las niñas. Después se les hace preguntas sobre el aborto, qué piensan al respecto y qué tipo de servicios les gustaría recibir. Unas pocas son entrevistadas individualmente, además de participar en los grupos focales. Después de una hora, más o menos, se les agradece por su tiempo y se llevan a la puerta. No vuelven a oír noticias de la ONG. La ONG crea una publicación sobre los servicios de aborto para las mujeres jóvenes y utiliza algunas de las fotos que les tomaron a las niñas en el grupo.

Hoja de respuestas para los estudios de casos

A continuación se presentan los niveles actuales de participación para cada uno de los estudios de casos.

Estudio de caso 1: Las personas jóvenes asignadas e informadas.

Estudio de caso 2: Las personas jóvenes asignadas e informadas, o las personas jóvenes consultadas e informadas. (No hay suficiente información en el estudio de caso para hacer una distinción clara entre estos dos travesaños.)

Estudio de caso 3: Manipulación

A continuación se exponen ejemplos de cómo mejorar cada estudio de caso. Otros ejemplos son posibles. Dado que los estudios de casos son relatos o inspirados por programas reales, estos ejemplos posiblemente hayan sido puestos en práctica por las organizaciones. Por lo tanto, no se deben considerar como consejos o como críticas de esas organizaciones o programas.

Estudio de caso 1:

El personal y consejeros jóvenes de pares (o un grupo de jóvenes de la localidad o comunidad) llevan a cabo un diagnóstico dirigido por jóvenes para averiguar si las pruebas de VIH es el servicio más necesitado y deseado por las personas jóvenes, qué otros servicios desean, y si los dos centros de salud son los lugares más adecuados en cuanto a su accesibilidad.

- Las personas jóvenes de la comunidad seleccionan a sus propios representantes para contribuir al diseño, la implementación y el monitoreo de los servicios de pruebas de VIH.
- Los consejeros jóvenes de pares y las personas jóvenes de la localidad desempeñan un rol activo en el diseño de los servicios, que incluye el rincón de jóvenes (u otro espacio alternativo) y las actividades, protocolos y materiales de extensión y consejería.
- El personal del centro de salud brinda apoyo profesional y mentoría para mejorar las habilidades de los consejeros jóvenes de pares.
- Los consejeros jóvenes de pares son remunerados o recompensados (mejor) por sus aportes.
- En estos dos centros de salud se crea o se mantiene un sistema para tomar en cuenta las opiniones de los consejeros jóvenes de pares y las personas jóvenes en los procesos de toma de decisiones.
- Se establecen sistemas para asegurar la pronta sustitución de consejeros jóvenes de pares que sobrepasan la edad límite.
- Con el apoyo de las partes interesadas entre las personas adultas de la comunidad, los consejeros jóvenes de pares y las personas jóvenes establecen su propio grupo de jóvenes, que ofrece servicios de pruebas de VIH dirigidos por jóvenes, y crean un sistema de referencia entre el grupo y los centros de salud, el cual es dirigido por personas adultas y jóvenes.

Estudio de caso 2:

- El personal y jóvenes prestadores de servicios para pares llevan a cabo un diagnóstico dirigido por jóvenes para averiguar cuáles son las necesidades y deseos de las personas jóvenes con relación a la salud y los deseos sexuales y reproductivos, en particular de las personas que son desatendidas y más difíciles de alcanzar, y cómo puede el proyecto atender mejor esas necesidades (por ejemplo: ¿Son las inyecciones el método anticonceptivo más deseado?)
- Las y los jóvenes prestadores de servicios para pares y las personas jóvenes de la comunidad definen en qué consiste el éxito del proyecto y crean maneras de monitorear y evaluar los avances. Además, dirigen o participan en procesos de M&E, analizan los hallazgos y hacen recomendaciones para mejorar.
- Las y los jóvenes prestadores de servicios para pares más experimentados ayudan tanto con la capacitación nueva como con la de reciclaje.
- Las y los jóvenes prestadores de servicios para pares reciben apoyo profesional y mentoría para desarrollar y mejorar sus habilidades.
- Las y los jóvenes prestadores de servicios para pares son remunerados y reciben oportunidades de desarrollo profesional.
- CEMOPLAF crea o mantiene un sistema para tomar en cuenta las opiniones de las personas jóvenes en los procesos de toma de decisiones.
- Las y los jóvenes prestadores de servicios para pares y las personas jóvenes de la comunidad establecen sus propios grupos de jóvenes con el apoyo de CEMOPLAF.

Estudio de caso 3:

- El grupo de jóvenes o las mujeres jóvenes reciben de la ONG información o clases sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se les invita a evaluar las necesidades y los intereses de sus pares en esta área y a dar sugerencias sobre cómo mejorar.
- Se invita al grupo de jóvenes o a las mujeres jóvenes a dirigir o participar en el diseño, la ejecución, la administración y la evaluación del proyecto más amplio para el cual fue creada la guía de recursos.
- El grupo de jóvenes o las mujeres jóvenes deciden si este tipo de guía de recursos será el mejor medio de atender las necesidades e intereses de sus pares, y hacen recomendaciones para posibles métodos alternativos de comunicación.
- El grupo de jóvenes o las mujeres jóvenes diseñan o influyen en la creación de la guía de recursos y cómo se utiliza.
- El personal de la ONG explica más franca y claramente el proceso para crear la guía de recursos y su uso; además, da oportunidades para que cada mujer joven decida si quiere hacer aportes y cómo.
- La ONG respeta, valora y reconoce los aportes de las mujeres jóvenes y no usa sus declaraciones o fotos sin su consentimiento informado.
- La ONG protege la privacidad de las mujeres jóvenes en la guía de recursos. Incluir las fotos de las mujeres jóvenes en una publicación local sobre el aborto podría comprometer su seguridad y debería desaconsejarse hasta que se haya realizado un análisis de riesgos y cada joven haya dado su consentimiento informado para ser destacada en la publicación.
- El grupo de jóvenes o las mujeres jóvenes leen y revisan la guía de recursos. La ONG da cuentas de cómo utiliza los aportes del grupo de jóvenes o de las mujeres jóvenes y reconoce sus aportes.

Herramienta 4C: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto

Planificación y diseño de los servicios de aborto	Prestación de servicios de aborto	Evaluación de los servicios de aborto
<p>Las personas jóvenes pueden definir los servicios de aborto de alta calidad y la manera como se deben proporcionar para maximizar su acceso. Las alianzas con personas jóvenes pueden ayudarles a establecer:</p> <p><i>Cómo deben ser los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.</i></p> <p><i>Cómo y de quién las mujeres jóvenes se quieren enterar de la disponibilidad de los servicios de aborto.</i></p> <p><i>Cómo y de quién las mujeres jóvenes quieren recibir servicios de aborto, quiénes son sus prestadores de servicios preferidos y dónde y cuándo prefieren obtener los servicios.</i></p> <p><i>Cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres jóvenes para obtener servicios de aborto y cómo pueden superarlas.</i></p> <p><i>Cómo desean contribuir las mujeres jóvenes a la prestación y evaluación de los servicios de aborto.</i></p>	<p>Las personas jóvenes pueden ser aliadas en la prestación de servicios, particularmente si han recibido capacitación en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos. Las alianzas con personas jóvenes pueden ayudarles a facilitar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto y mejorar la calidad de la atención.</p>	<p>Las personas jóvenes pueden dirigir o apoyar la evaluación de los servicios de aborto. Las alianzas con las personas jóvenes pueden ayudarles a mejorar la calidad de la atención y atender mejor las necesidades de las mujeres jóvenes. Pueden ayudarles a averiguar:</p> <p><i>Cómo las mujeres perciben los servicios ofrecidos en la unidad de salud (tanto las usuarias como las no usuarias).</i></p> <p><i>Qué piensan las mujeres jóvenes de los servicios que recibieron (usuarias).</i></p> <p><i>Cómo creen las mujeres jóvenes que se podrían mejorar los servicios para atender mejor sus necesidades y deseos.</i></p> <p><i>Cómo desean contribuir las mujeres jóvenes en los esfuerzos para mejorar la calidad o dirigirlos.</i></p>
<p>Realizar o participar en entrevistas, grupos focales, encuestas y formas no tradicionales de recopilar información, analizar respuestas y hacer recomendaciones para los servicios o diseñarlos.</p>	<p>Realizar actividades de extensión a la comunidad e impartir información y educación para crear mayor conciencia de los servicios, incluso sobre cómo diseñar y dirigir formas no tradicionales de extensión que posiblemente sean más adecuadas para la juventud.</p>	<p>Realizar y/o participar en entrevistas de egreso de las usuarias, grupos focales y encuestas, analizar respuestas y hacer recomendaciones para mejorar la calidad.</p>
<p>Dirigir y/o participar en recorridos de centros de salud para determinar las brechas en la prestación de servicios.</p>	<p>Proporcionar o dirigir acompañamiento, recursos y apoyo social antes, durante y/o después del aborto.</p>	<p>Ejecutar procesos no tradicionales de evaluación diseñados por las mujeres jóvenes y para ellas.</p>
<p>Dirigir y/o participar en consejos asesores (de jóvenes) para hacer recomendaciones y tomar decisiones estratégicas, como la asignación de recursos, con personas adultas.</p>	<p>Proporcionar servicios, que pueden incluir consejería pre y postaborto, aborto con medicamentos, asesoría y pruebas voluntarias del VIH, consejería sobre la anticoncepción postaborto y suministro de métodos anticonceptivos seleccionados, o trabajar en la administración de la unidad de salud.</p>	<p>Ser promotor/a de las usuarias jóvenes en la unidad de salud o el distrito.</p>

Herramienta 4D: Barreras para establecer alianzas exitosas con personas jóvenes y cómo superarlas

Barreras	Consejos
<p>Muchas personas adultas tienen actitudes negativas y estereotípicas hacia las personas jóvenes, a veces sin darse cuenta de ello: “Las personas adultas en el proyecto] pensaban que las personas jóvenes no podían y no debían participar en la toma de decisiones.”³ Asimismo, las personas jóvenes a veces tienen actitudes negativas hacia las personas adultas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interactúe con las personas jóvenes con una mente abierta, aunque no se vean o hablen como usted.¹ ✓ Sea consciente de los diferentes estilos de comunicación; estos no necesariamente implican falta de respeto, desinterés o diferentes metas y expectativas.² ✓ Ofrezca y asista a capacitación en competencia cultural para personas adultas sobre cómo interactuar y comunicarse con personas jóvenes. Asista a eventos dirigidos por la juventud. ✓ No suponga que todas las personas jóvenes piensan de la misma manera. Al igual que las personas adultas, las personas jóvenes pueden estar en desacuerdo. Trátelas individualmente.
<p>Falta de selección de integrantes dirigida por la juventud: Las personas adultas generalmente seleccionan a las personas jóvenes que desean invitar a forjar una alianza, lo cual a veces lleva a la representación excesiva de jóvenes con atributos específicos, como alto nivel de escolaridad, y omite a la juventud marginada.³</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sea paciente y tome en cuenta el tiempo necesario para crear confianza en la alianza. Hasta que las personas jóvenes confíen en las adultas, su nivel de participación podría estar comprometido. ✓ Apoye la participación de personas jóvenes de diferentes clases, tomando en consideración las disparidades de edad y género. ✓ Permita que las personas jóvenes elijan a sus propios representantes. ✓ Establezcan metas realistas y lleguen a un acuerdo conjuntamente en cuanto al proceso, los roles, las responsabilidades y las directrices de la alianza.^{2,3} ✓ Incorpore mecanismos para mitigar las desigualdades entre participantes. ✓ Incorpore procesos para reclutar nuevos participantes jóvenes a medida que cada participante sobrepasa la edad límite, trabajando con grupos de jóvenes y no solo a nivel individual. ✓ Atienda las necesidades de participantes jóvenes; sea flexible con los horarios, horas y lugares de reuniones y proporcione transporte cuando sea necesario. Transigir es vital.⁴
<p>La dinámica de poder intergeneracional puede causar inequidad entre personas adultas y jóvenes. “Pretender que cada participante tiene igualdad de expresión cuando en realidad no es así... puede debilitar profundamente la participación.”³</p>	<p>Mantener integrantes jóvenes: La juventud es una etapa temporal en la vida y las personas jóvenes “envejecen”. Por consiguiente, la alianza puede perder a sus participantes jóvenes, ya sea porque se van o porque se quedan pero ya no son jóvenes.</p>
<p>Las personas jóvenes quizás tengan dificultad con otros compromisos que afectan su capacidad para participar. Las personas jóvenes a menudo solo consiguen puestos voluntarios y deben atender otras responsabilidades como sus estudios o trabajo. Esto puede limitar sus aportes y disponibilidad.</p>	
<p>Muchos espacios controlados por personas adultas, como negocios, sistemas de salud y organizaciones profesionales, no valoran ni respetan una cultura de participación, o incluso tienen prejuicios en contra de la participación. “Si [una] organización está funcionando con un estilo autocrático y tradicional de liderazgo... no se espera que la participación de jóvenes prospere. Es difícil predicar algo que no se practica.”⁷</p>	

<p>Confundir el formulismo con la participación: Muchas personas jóvenes creen que aunque están presentes en discusiones, sus opiniones no son consideradas o aplicadas.⁸</p> <p>Posiblemente haya prejuicios culturales o sociales contra las alianzas con personas jóvenes. En algunas comunidades, quizás no exista la palabra alianza en el idioma local y/o no se valore lo suficiente a las personas jóvenes como participantes. "A menos que las personas adultas realicemos un cambio drástico de paradigma respecto a nuestra forma de ver a los niños, las niñas y las personas jóvenes, será muy difícil crear un ambiente que se preste... para que las personas jóvenes participen."⁷</p> <p>En una alianza relacionada con el aborto, puede haber barreras para tratar el asunto de aborto. Por ejemplo: responsabilidad o temores de responsabilidad, estigma en cuanto a la participación de las mujeres jóvenes en asuntos de sexualidad y aborto, y preocupaciones de que esto "promoverá" o "fomentará" actividad sexual o aborto, así como asuntos de consentimiento si la alianza incluye actividades basadas en investigaciones.⁹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegúrese de que para las personas jóvenes valga la pena participar en la alianza ofreciéndoles recompensas o remuneración, que puede incluir capacitación u oportunidades de desarrollo de habilidades, constancias de participación o referencias y apoyo para conseguir empleo remunerado. ✓ Valore la participación como un proceso exitoso en sí. ✓ Asegúrese de que el nivel más alto de la institución se comprometa a la alianza, incluso con recursos financieros. ✓ Considere la alianza como una relación de beneficio mutuo y una oportunidad para aprender de las personas jóvenes. Evite la comunicación unidireccional dentro de la alianza. ✓ Motive a cada participante joven a presentar soluciones a los problemas, y no solo problemas; posiblemente planteen ideas que a usted no se le habían ocurrido.⁵ Afirme sus aportes. ✓ Comparta la toma de decisiones con cada participante joven: "Si la juventud no tiene poder para tomar decisiones, su participación no es una de alianza."² ✓ Si no existe un término para alianza en el idioma local, o no se puede traducir, considere los procesos de alianza que ya existen en la comunidad y utilícelos como punto de partida. ✓ Familiarícese con las leyes que controlan los servicios de aborto y la difusión de información al respecto y con la manera en que se da cumplimiento a estas leyes en la localidad. Cada persona en la alianza debe participar en las discusiones de los riesgos y beneficios de continuar con la alianza y debe dar su decisión informada en cuanto a unirse o no a la alianza. ✓ Concéntrese a integrantes influyentes de la comunidad respecto a la evidencia de que la educación sexual no "promueve" ni "fomenta" actividad sexual: "Existe evidencia sólida de que los programas no aceleran ni aumentan los comportamientos sexuales, sino que algunos programas aplazan o disminuyen los comportamientos sexuales o aumentan el uso de condones u otros anticonceptivos."⁶ ✓ Obtenga el compromiso de la comunidad para la alianza, incluso el consentimiento individual de las personas jóvenes participantes o terceras partes si son requeridas en caso de menores de edad. 		
<p>1 YouthNet y FHI 2005</p> <p>2 YouthNet y FHI 2005</p>	<p>3 IPPF 2004</p> <p>4 YouthNet y FHI 2005</p> <p>5 Balas 2003</p>	<p>6 Kirby et al. 2007</p> <p>7 Tayo 2002</p>	<p>8 Bergdorf 2008</p> <p>9 Villa, Laura. 2010. Comunicación personal.</p>

Herramienta 4E: Cómo evaluar las alianzas con personas jóvenes

A continuación se exponen ejemplos de preguntas e indicadores, por tema, que pueden inspirar el diseño de sus actividades de monitoreo y evaluación (M&E). Estas preguntas pueden formularse como indicadores contra los cuales usted y personas jóvenes aliadas pueden monitorear los avances de manera conjunta. Recuerde incluir a las personas jóvenes en todas las etapas del M&E: pregunte cuáles son sus opiniones respecto a los procesos, las preguntas y los indicadores y pídale que sugieran otras maneras de evaluar la alianza, que sean más adecuadas para la juventud en su comunidad. Con habilidades y apoyo, las personas jóvenes pueden recolectar datos, analizarlos y hacer recomendaciones basadas en los hallazgos.

Reclutamiento y membresía

- *¿De qué manera influyen las personas jóvenes en el proceso de reclutamiento?*
- *¿Cuán exitoso ha sido el reclutamiento de diversas personas jóvenes? ¿Por edad? ¿Por género? Etcétera.*
- *¿Qué sistema ha sido establecido para sustituir a las personas jóvenes que sobrepasan la edad límite? ¿Cuán bien está funcionando?*
- *¿Cuántas personas jóvenes son personal remunerado, pasantes (interns) y voluntarias (por puesto)?*
- *¿Cuántas personas jóvenes integran grupos responsables de tomar decisiones (proporción de personas jóvenes a adultas)?*

Procesos

- *¿Qué apoyo reciben las personas jóvenes para participar en la alianza plenamente?*
- *¿De qué manera pueden las personas jóvenes influir en la alianza y en el rol que ellas o usted desempeñan en ésta?*
- *¿De qué manera las personas jóvenes han influido en la toma de decisiones?*
- *¿Qué haría usted si quisiera compartir una idea o inquietud respecto a la alianza?*
- *¿Se trata con respeto a toda persona integrante de la alianza por sus ideas y opiniones? ¿Cuáles son algunos ejemplos de esto?*

Eficacia

- *¿Cómo utiliza usted los recursos y la creatividad de cada integrante para lograr sus metas?*
- *¿Cree usted que se han mejorado las decisiones por incluir a las personas jóvenes? ¿Por qué?*
- *¿Cuán satisfecha o satisfecho está usted con los avances del equipo? ¿Satisfacen sus expectativas?*
- *¿Cuántas personas en la alianza han asistido a eventos para el desarrollo de habilidades (proporción de personas jóvenes a adultas)?*
- *¿Cómo se podría mejorar la alianza en el futuro?*

Impacto

- *¿Es valioso para usted participar en esta alianza? ¿Por qué?*
- *¿Qué ha aprendido sobre trabajar con personas jóvenes?*

- ¿Qué cosas nuevas ha aprendido sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes?
- ¿Qué cosas nuevas ha aprendido sobre el aborto?
- ¿Qué es lo más importante que ha aprendido? ¿Cómo utilizará este conocimiento en otros aspectos de su vida?

Las siguientes preguntas se sugieren para uso con integrantes de la comunidad que *no* han participado en la alianza:

- ¿Ha oído hablar de (nombre de la alianza o institución)?
- ¿Qué sabe usted respecto a lo que hace esa alianza o institución?
- ¿Qué piensa usted sobre el trabajo de esa alianza o institución? ¿Por qué?
- ¿Se ha beneficiado usted directamente de alguna manera del trabajo que hacen? ¿Cómo?
- ¿Qué beneficios cree usted que ese trabajo ha tenido en las mujeres jóvenes de su comunidad?
- ¿Qué beneficios cree usted que ese trabajo ha tenido en su comunidad en general?
- ¿Qué más debería hacer (nombre de la alianza o institución) en su comunidad?

Indicadores del impacto

- Número de iniciativas o eventos dirigidos por jóvenes, que han sido implementados por la alianza
- Número de personas alcanzadas con información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes y/o el aborto
- Número de mujeres jóvenes que han recibido atención postaborto y servicios de aborto seguro
- Número de mujeres jóvenes que solicitaron y recibieron métodos anticonceptivos postaborto
- Aumento en los conocimientos de las mujeres jóvenes sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el aborto
- Mayor capacidad de las mujeres jóvenes para obtener servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluidos los servicios de aborto y/o atención postaborto
- Disminución en las tasas de mortalidad y morbilidad de las mujeres jóvenes atribuibles al aborto inseguro

Algunas preguntas provienen de las siguientes fuentes o fueron inspiradas por éstas:

Royal College of Pediatrics and Child Health. 2010. *Not Just a Phase, a Guide to the Participation of Children and Young People in Health Services*. Londres: Royal College of Pediatrics and Child Health.

YouthNet y Family Health International. 2005. *Guía para la participación de los jóvenes: evaluación, planificación e implementación*. Arlington, VA: Family Health International.

Save the Children. 2003. *Partnership-Defined Quality: A tool book for community and health provider collaboration for quality improvement*. Westport, CT: Save the Children.

Save the Children. 2008. *Partnership-Defined Quality for Youth: A Process Manual for Improving Reproductive Health Services through Youth-Provider Collaboration*. Westport, CT: Save the Children.

Módulo 5: Ampliando el acceso a los servicios de aborto



Traducción
PARE
el aborto inseguro

Imagen de Seble Weldeamanuel Berga, concursante etíope en el concurso de Ipas de Arte por la Juventud Africana.

5.1 Introducción

Los servicios de aborto seguro consisten en consejería, evacuación endouterina, anticoncepción postaborto y referencias para otras necesidades de salud sexual y reproductiva. Como se vio en el Módulo 2, las mujeres jóvenes se enfrentan con muchas barreras para obtener servicios de aborto seguro y la evidencia indica que esto les resulta más difícil que a las mujeres adultas (Finer et al. 2006, OMS et al. 2006). Por esto, el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto seguro no se puede medir solo en términos de disponibilidad de los servicios correspondientes. Por lo tanto, para fines de este juego de herramientas, el acceso se define como la prestación de servicios y el uso de estos servicios por las mujeres jóvenes. En este módulo se trata cómo eliminar las barreras al acceso y se ofrece más orientación sobre cómo facilitar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto.

5.2 Abordando las barreras sociales

Las creencias y normas culturales sobre el género, la edad, la sexualidad y el aborto son enseñadas a integrantes de la comunidad desde que nacen y reforzadas a diario, a menudo en maneras no expresadas e inconscientes. Dado que las barreras sociales que afrontan las mujeres jóvenes para obtener servicios de aborto a menudo surgen de las creencias y normas culturales, pueden abordarse mediante diferentes intervenciones comunitarias. Por ejemplo, los grupos comunitarios, integrantes de la comunidad, mujeres jóvenes y profesionales de la salud pueden:

- Realizar actividades de extensión a la comunidad e impartir educación (por ejemplo: mediante los medios de comunicación, teatro de la calle, ceremonias de té o café, o actividades de sensibilización y aclaración de valores), las cuales pueden ayudar a las comunidades a abrirse más para discutir el tema de aborto inseguro, así como los derechos y las necesidades de las mujeres jóvenes.
- Proporcionar información a líderes de la comunidad, incluidos los líderes religiosos, sobre el impacto del aborto inseguro en las mujeres jóvenes, así como sobre las barreras a los servicios de salud. Los textos religiosos, por lo general, no tratan el tema del aborto en específico, lo cual deja su interpretación a líderes y personas religiosas. Las y los líderes religiosos pueden facilitar conversaciones con sus feligreses para apoyar el acceso de las mujeres jóvenes a cuidados que salvan vidas.
- Establecer redes oficiales o extraoficiales de apoyo social, que brinden acompañamiento, recursos y apoyo anónimo (Gayen y Raeside 2010).
- Brindar apoyo y participar en intervenciones impulsadas por la comunidad relacionadas con los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.

Además de las intervenciones comunitarias, los sistemas y establecimientos de salud pueden crear oportunidades, como talleres de aclaración de valores para profesionales de la salud y demás personal para examinar las ideas preconcebidas con relación al género, edad, sexualidad y aborto. Asimismo, pueden utilizar los procesos de aclaración de valores para seleccionar, contratar y preparar a profesionales de la salud y personal con las mejores aptitudes para prestar servicios de aborto a las mujeres jóvenes.

5.3 Abordando las barreras económicas y logísticas

Las barreras económicas y logísticas, como los recursos financieros y transporte, también impiden el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto.

- La falta de recursos financieros es una de las barreras más comunes para las personas jóvenes; reducir el costo de los servicios de aborto es la manera más directa en que el personal de salud puede ayudar a romper esta barrera.
- Por lo general, las y los profesionales de la salud tienen influencia limitada sobre la cantidad de recursos que obtienen o controlan las mujeres jóvenes en una comunidad.

Sin embargo, pueden emplear a mujeres jóvenes en sus centros de salud y abogar por igualdad económica de las mujeres (por ejemplo, igualdad de pago) en su comunidad.

- Los asuntos de transporte, por lo general, no son la responsabilidad del sistema o establecimiento de salud. Sin embargo, los sistemas o establecimientos de salud pueden ofrecer un servicio de enlace, o pedirle al gobierno local que implemente rutas de transporte público.
- Las comunidades pueden establecer una red de transporte, que lleve a las mujeres jóvenes a las unidades de salud donde hay profesionales capacitados (Ahluwalia 2003).
- Un fondo comunitario puede ayudar a las usuarias a cubrir sus costos, tales como los servicios de salud y el transporte.

5.4 Abordando las barreras legislativas y políticas

Hasta que se aborden las barreras legislativas y políticas, el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto continuará comprometido. A continuación se exponen algunos ejemplos de cómo las partes interesadas –grupos comunitarios, integrantes de la comunidad, mujeres jóvenes y sistemas y profesionales de la salud— pueden abordar esas barreras.

- Familiarizarse con la ley de aborto vigente y saber qué ley tiene precedencia en el caso de leyes conflictivas (como las leyes sobre los derechos de niñas y niños). Esto puede ser de utilidad para identificar las leyes que constituyen barreras para las mujeres jóvenes.
- Educar a la comunidad sobre los puntos específicos de estas leyes.
- Asegurar que en las unidades de salud se ofrezcan servicios de aborto al máximo grado permitido por la ley.
- Procurar influir en las leyes de aborto cuando éstas son tratadas por el gobierno; hacer sugerencias para minimizar las barreras para las mujeres jóvenes. Muchas partes interesadas tienen la capacidad para influir en leyes y políticas a fin de facilitar la prestación de servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes. Las asociaciones profesionales pueden hacer recomendaciones para disminuir las barreras a estos servicios. Por ejemplo, las organizaciones profesionales de medicina y salud pública en Estados Unidos crearon un documento de consenso en el cual se establece que a las personas jóvenes no se les debe exigir que incluyan a sus padres en sus decisiones sobre el aborto (*American Academy of Pediatrics* 1996).
- Debe ser la política de la unidad de salud preguntarle a la mujer en privado si desea incluir a una tercera parte en su consejería.

“...No se debe forzar o exigir a una persona menor de edad que incluya a sus padres en su decisión de tener un aborto, aunque sí se le debe motivar a discutir su embarazo con sus padres y otras personas adultas responsables. Estas conclusiones son el resultado de análisis objetivos de los datos actuales, que indican que la legislación que exige la participación de los padres no logra el beneficio deseado de promover comunicación en la familia, sino que aumenta el riesgo de daños a la adolescente al demorar el acceso a la atención médica correspondiente. En esta declaración, la AAP reafirma su posición de que se deben proteger los derechos de las adolescentes a servicios confidenciales cuando consideran la opción de aborto.” American Academy of Pediatrics (AAP)

- Familiarizarse con las normas, pautas y protocolos clínicos de la unidad de salud. Esto será de utilidad para identificar las posibles barreras al acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto.
- Si no existen normas, pautas y protocolos clínicos, estos se deben crear para aclarar qué tipo de profesional de la salud puede ofrecer servicios de aborto, en qué nivel del sistema de salud y cómo se deben proporcionar los servicios. Además, se deben elaborar los protocolos de la unidad de salud para ofrecer orientación clara sobre cómo proporcionar los servicios en esa unidad. Estos documentos de implementación no deben añadir restricciones a los servicios de aborto que no se mencionen en la ley, y deben especificar claramente las indicaciones legales, incluso concesiones o requisitos específicos relacionados con la edad.
- Eliminar de las normas, pautas y protocolos clínicos todo texto que constituya una barrera cuando éste no sea requerido por la ley vigente. Por ejemplo:
 - Si no existe disposición alguna en la ley respecto a la notificación o el consentimiento de terceras partes, o si no hay evidencia o denuncia de violencia sexual basada en edad, no se deben requerir estos pasos. Si se exige el consentimiento de la madre, el padre u otro miembro de la familia bajo sospecha de abusar a la joven, esto podría ponerla en mayor riesgo y el resultado podría ser cuidados forzados o negados.
 - En casos de aborto por violencia de género, a la cual las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables, es importante no demorar o requerir más burocracia o evidencias que las exigidas explícitamente por la ley. Cuando sea posible, se debe evitar exigirle a la mujer que hable sobre la violación más de una vez. Se deben ofrecer servicios de apoyo a las mujeres víctimas de violencia sexual que los necesiten.
 - Todo protocolo debe utilizar lenguaje que sea lo suficientemente general para permitir la posibilidad de que una amiga o familiar, y no solo la madre o el padre, acompañen a la joven.
 - En los documentos se debe indicar claramente que las tarifas por los servicios de aborto no se deben basar en la aceptación de un método anticonceptivo o vacunas, ni en cualquier otra forma de coerción.
- Los documentos de implementación se deben difundir a las y los profesionales de la salud. Lo ideal sería ofrecerles una sesión de orientación, ya que si están muy ocupados, quizás no lean los documentos cuidadosamente si no reciben apoyo adicional.
- Si una mujer, joven o adulta, busca servicios de aborto, las personas que proporcionan esos servicios deberían identificar un medio legal para que ella obtenga esos servicios, como la disposición referente a tener relaciones sexuales con una persona menor de edad, disposiciones referentes a la salud mental y otras indicaciones legales para la interrupción del embarazo que posiblemente sean aplicadas con menos frecuencia debido a la falta de conocimientos completos de la ley. El aborto se debe realizar durante la primera consulta, sin período de espera a menos que lo exija la ley. De lo contrario, las usuarias jóvenes podrían recurrir a un aborto inseguro o tener un hijo no deseado, quien podría ser abandonado o maltratado (Panel sobre Investigaciones relacionadas con el Maltrato y Descuido de Niñas y Niños 1993).

5.5 Abordando las barreras de los sistemas de salud

Es en esta área que los sistemas, establecimientos y profesionales de la salud pueden tener el efecto más directo en las barreras que enfrentan las mujeres jóvenes al buscar servicios de aborto. Las comunidades pueden motivar a los sistemas y establecimientos de salud a adoptar los cambios necesarios para aumentar la disponibilidad de los servicios de aborto correspondientes para las mujeres jóvenes.

Falta o indisponibilidad de unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto: La cantidad y distribución de unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto que atienden las necesidades de las mujeres jóvenes interactúa con otras barreras como el estigma en torno al aborto, transporte y costo (ver Módulo 2: Barreras a los servicios de salud). Para aliviar esto, cada profesional de la salud puede ofrecer servicios de aborto para las mujeres jóvenes en su consultorio particular, así como en una unidad de salud pública; en los establecimientos de salud se puede optar por sumar a los servicios ya ofrecidos servicios de aborto para las mujeres jóvenes; y los sistemas pueden tomar decisiones estratégicas para que los servicios de aborto para las mujeres jóvenes estén disponibles en zonas geográficas óptimas. Para ser lo más eficaz posible abordando esta barrera, se debe incluir a las mujeres jóvenes en el proceso de determinar cuáles son los lugares preferibles.

Los horarios de atención al público deben ser lo más largos posibles. Donde no es posible ofrecer servicios las 24 horas al día, los siete días de la semana, se deben tomar en consideración los horarios típicos que afectan a las mujeres jóvenes, como sus estudios u horas de trabajo, cuando se determinen los horarios de la unidad de salud. Cuando sea posible, se debe preguntar a las mujeres jóvenes qué horarios serían más convenientes para ellas. Incluir a las mujeres jóvenes y solicitar sus ideas y opiniones puede ser una manera de crear mayor conciencia de los servicios y de forjar alianzas más amplias con ellas. (Ver Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas.)

Aborto con medicamentos

El aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol, o con misoprostol solo, tiene el potencial de cambiar muchos aspectos de los servicios de aborto: quién lo proporciona, dónde se proporciona y/o efectúa, quién tiene acceso, quién aprueba –en resumen, quién tiene control sobre la decisión y la atención brindada. Las mujeres jóvenes figuran entre aquellas que gozarían del mayor beneficio del aborto con medicamentos.

El aborto con medicamentos es seguro y eficaz para la mayoría de las mujeres, incluidas las jóvenes. Dado que se puede ofrecer en una variedad de ámbitos, el procedimiento de aborto con medicamentos amplía el acceso de las mujeres jóvenes al aborto seguro. Algunas jóvenes prefieren el aborto con medicamentos porque es menos invasivo y, en algunos casos, constituye una opción más confidencial, más accesible y a un costo más asequible.

Falta de privacidad y confidencialidad: La privacidad suele ser uno de los principales aspectos que mencionan las personas jóvenes en encuestas sobre sus inquietudes con los servicios de salud (Anh et al. 2003). Los sistemas y establecimientos de salud pueden ofrecer privacidad si se construyen unidades de salud con cuartos privados en un área aparte de las salas de espera y recuperación de otros servicios, y si se ofrecen baños con inodoros (excusados) específicamente para las usuarias de los servicios de aborto, y una cantidad suficiente si el aborto con medicamentos ha de efectuarse en la unidad. El establecimiento y personal de salud deben garantizar privacidad auditiva y visual durante la consejería y el procedimiento, con mínimas interrupciones. Un aspecto de la privacidad puede ser el período de espera, durante el cual la usuaria es visible a otras personas. Esperas cortas son indicio de la calidad del servicio. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por minimizar los períodos de espera antes de los servicios y entre los pasos de consejería, procedimiento y post-procedimiento.

Se debe garantizar confidencialidad para todas las usuarias, incluso las personas jóvenes, y se deben establecer políticas y protocolos para velar por el cumplimiento de dicha confidencialidad. En las unidades de salud se deben tomar medidas para garantizar

seguridad en la gestión de registros y la discreción de las y los profesionales de la salud y demás personal. Por ejemplo, los formularios llenados no se deben dejar en lugares visibles o en archivos sin llave.

Procesos y formularios: Los procesos de la unidad de salud no deben incluir consultas posteriores innecesarias y deben basarse en los protocolos de la unidad que respondan a las necesidades de las mujeres jóvenes (ver 5.4 Abordando las barreras legislativas y políticas). Los formularios deben ser neutrales con respecto al estado civil.

Los establecimientos y sistemas de salud deben priorizar claramente la prestación de servicios para las mujeres jóvenes y asegurarse de proporcionar pautas al personal de salud y brindarle apoyo para la prestación de servicios.

Costo: Si el costo de los servicios no está bajo el control del prestador de servicios, generalmente está bajo el control del establecimiento o sistema de salud. Muchos establecimientos o sistemas de salud ofrecen servicios gratuitos a personas con poco o ningún ingreso, o a menores de edad. Además, se puede ofrecer una escala móvil, de manera que el costo de los servicios sea gratuito o bajo para aquellas personas sin ingreso y aumente en proporción con el ingreso hasta un límite máximo. Los precios de los servicios de aborto nunca deben basarse en la aceptación de un método anticonceptivo, ya que esto sería coerción. Sin embargo, no se deben bajar los precios en detrimento de la unidad de salud, la cual debe recuperar los costos asignando fondos de manera eficiente para ofrecer servicios a las personas pobres o jóvenes o quizás cobrando un poco más a las personas que pueden pagar a fin de subsidiar a las que no pueden pagar.

En el caso de las personas jóvenes en particular, pero también para todas las usuarias de los servicios de salud, la determinación de sus ingresos (también conocida como "evaluación financiera") debe ser lo más privada y no invasiva posible. Por ejemplo, si una usuaria indica que necesita recibir servicios gratuitos o a precios en escala móvil, en algunas unidades de salud simplemente se solicita que la usuaria marque una casilla para indicar su nivel de ingresos. "¿A cuántos ingresos tiene usted acceso?" podría ser una pregunta mejor para las personas jóvenes, ya que posiblemente no tengan total control sobre los ingresos que reciben. En algunas unidades de salud, las usuarias hablan con un representante en un cuarto donde nadie los pueda oír, de manera que puedan intercambiar más información sin avergonzarse.

Tener que presentar documentación de su pobreza puede ser humillante para una persona, y esto podría demorar la atención si la usuaria no trajo los documentos necesarios.

Actitudes negativas de formuladores de políticas de salud, administradores, prestadores de servicios y trabajadores de la salud hacia la sexualidad y el aborto en la juventud: Los establecimientos y sistemas de salud deberían ofrecer oportunidades para la aclaración de valores a todo el personal, no solo a profesionales de la salud (ver Módulo 6: Consejería, anticoncepción y atención clínica, para una descripción completa de la aclaración de valores). Se debe identificar explícitamente como inaceptable la negación de servicios a usuarias jóvenes elegibles; además, se debe motivar a las usuarias a proporcionar retroalimentación anónima sobre los servicios que recibieron justo antes de que egresen de la unidad de salud, quizás como parte de los esfuerzos de evaluación habitual (ver Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas).

"la sonrisa más dulce fue la de la recepcionista de la clínica de aborto... su sonrisa era de paz y consuelo. yo llevaba casi una eternidad buscando esa sonrisa. lo que veía a mi alrededor eran rostros de duda, juicio y preocupación... en el rostro de ella, encontré mi refugio." - mujer joven, trinidad (youth coalition 2007)

Además de la aclaración de valores, cada profesional de la salud debe practicar formulando declaraciones sobre la salud sexual y reproductiva de una manera positiva. Esto puede ayudar a la joven a ver que la sexualidad es una parte positiva de una vida saludable, a diferencia de la perspectiva común de los servicios de salud respecto a la sexualidad solo como una fuente de posibles enfermedades y lesiones, que debe ser postergada y controlada (ver Herramienta 6C: Habilidades de consejería).

Estrategias exitosas en ámbitos restrictivos

En ámbitos donde existen pocas indicaciones legales para la interrupción del embarazo, los esfuerzos por ofrecer servicios de aborto seguro a las mujeres jóvenes se pueden centrar en las siguientes áreas:

- **Proporcionar información completa y correcta.** (Ver Módulo 3 sobre el derecho de las mujeres jóvenes a la información.)
- **Interpretar las indicaciones legales vigentes en su sentido más amplio** al determinar si una joven es elegible para recibir servicios de aborto.
- **Formular normas y pautas para aplicar esas indicaciones legales** —cómo se realizará la prestación de servicios, qué tipos de profesionales de la salud tienen autorización para efectuar los diferentes elementos del aborto y qué atención se puede brindar en cada nivel del sistema de salud—, y capacitar y equipar a las y los profesionales de la salud de conformidad con esas normas y pautas (ver Herramienta 5C).
- **Ofrecer servicios de aborto y atención postaborto esenciales para salvar vidas** a todas las mujeres que los necesiten, independientemente de su edad.
- **Garantizar la disponibilidad de misoprostol** y tener información a mano sobre su uso seguro para inducir el aborto con medicamentos.
- **Investigar el conocimiento de las indicaciones legales** y la magnitud de las tasas de mortalidad y morbilidad atribuibles al aborto inseguro y la ley restrictiva.
- **Educar al personal del sistema de salud, profesionales de la salud y comunidades** sobre las indicaciones legales vigentes, las consecuencias de las leyes restrictivas y la reforma legislativa como una manera de salvar la vida de las mujeres jóvenes.
- **Abogar por indicaciones legales más amplias** y especificar la disponibilidad de los servicios a las mujeres jóvenes.
- **Donde no hay otra opción disponible, el personal de salud puede seguir el enfoque de reducción de daños:** proporcionar información confidencial sobre los métodos seguros y peligrosos (misoprostol sería el método más seguro explicado en el contexto de la consulta) y ofrecer servicios de seguimiento para las mujeres que deciden usar uno de esos métodos.

En Kenia se modificó hace poco la constitución para incluir indicaciones más amplias para los servicios de aborto. Mientras abogaba por las modificaciones, la Asociación de Profesionales de Medicina y Odontología proporcionó pautas claras para la prestación de servicios de aborto según las indicaciones vigentes.

*Las leyes de Kenia no permiten la interrupción del embarazo a petición y se imponen penalidades severas a las personas declaradas culpables de obtener o intentar obtener un aborto o pérdida del embarazo. **Sin embargo, sí se permite realizar la interrupción del embarazo cuando, en la opinión del profesional médico, es necesaria en beneficio de la salud de la madre o el bebé (énfasis añadido).** En estas circunstancias, se aconseja enfáticamente que el profesional médico consulte por lo menos dos colegas experimentados, obtenga su opinión por escrito y efectúe el procedimiento abiertamente en el hospital si se considera competente para hacerlo en la ausencia de un ginecólogo. En todos los casos de interrupción ilegal del embarazo, la sentencia será suspensión o despido.*

5.6 Recursos adicionales

Alford, Sue. 2009. Best practices for youth friendly clinical services. Washington, DC: Advocates for Youth. Fuente: http://www.advocatesforyouth.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1347&Itemid=336

Bornstein, Kate. 1998. *My Gender Workbook: How to become a real man, a real woman, the real you, or something else entirely*. Nueva York: Routledge Press.

De Bruyn, Maria y Sarah Packer. Mayo de 2004. *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: http://www.ipas.org/Publications/Adolescents_unwanted_pregnancy_abortion_Policies_counseling_clinical_care.aspx

EngenderHealth. 2002. Community COPE: Building partnership with the community to improve health services. Nueva York: EngenderHealth. Fuente: http://www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/community_mobilization/community-cope

Family Health International/YouthNet. Faith-Based Family Life Education (FLE) Curricula. Family Health International. <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FLE/index.htm>

Hainsworth Gwyn, Carolyn Boyce y Ellen Israel. 2008. Assessment of youth-friendly postabortion care services: A global tool for assessing and improving postabortion care for youth. Watertown, MA: Pathfinder International. Fuente: http://www.pathfind.org/site/DocServer/YFPAC_assessment_tool.pdf?docID=13121

Huber, Amanda y Karen Otsea. 2004. Safe Abortion Standards and Guidelines Toolkit. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. No publicado. Se puede solicitar enviando un mensaje electrónico a training@ipas.org.

Ipas. 2010. *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: http://www.ipas.org/Publications/Las_evidencias_hablan_por_si_solas_Diez_datos_sobre_aborto.aspx

McSmith, Deborah, Evelina Börjesson, Laura Villa y Katherine L. Turner. 2011. *Explorando el aborto: recopilación de actividades de autorreflexión y sensibilización para audiencias internacionales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

PATH. 2003. Ensuring privacy and confidentiality in reproductive health services: A training module and guide. Washington DC. Fuente: http://www.path.org/files/RH_ensuring_privacy.pdf

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2009. *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Ver en particular "Actividades adaptadas para mujeres jóvenes y aborto." Fuente: http://www.ipas.org/Publications/Transformacion_de_actitudes_respecto_al_aborto_Un_juego_de_herramientas_para_la_aclaracion_de_valores_para_audiencias_mundiales.aspx

5.7 Referencias bibliográficas

Ahluwalia, I.B., T. Schmid, M. Kouletio y O. Kanenda. 2003. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 82 (2): 231-40.

American Academy of Pediatrics. 1996. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *Pediatrics*. 97 (5): 746-51.

Anh, Hoang Tu, Vu Song Ha, Tran Hung Minh, Pham Vu Thien, Nguyen Thu Phuong y Nguyen Anh Dung. 2003. *Exploratory study on youth-friendly services in selected Reproductive Health Projects-supported provinces*. Hanoi, Vietnam: Reproductive Health Projects.

Finer, Lawrence B., Lori F. Frohwirth, Lindsay A. Dauphinee, Susheela Singh y Ann M. Moore. 2006. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, 74 (4): 334-44.

Gayen, Kaberi y Robert Raeside. 2010. Social networks and contraception practice of women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 71 (9): 1584-92.

Organización Mundial de la Salud, Commonwealth Medical Association Trust y UNICEF. 2006. *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Panel on Research on Child Abuse and Neglect, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. 1993. *Understanding Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: National Academy Press.

The Youth Coalition. 2007. *International Youth Perspectives on Abortion: A Collection of Essays, Poems and Drawings*. Ottawa: The Youth Coalition.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 5

Herramienta 5A: Hoja sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de aborto

Herramienta 5B: Abordando las barreras a los servicios

Herramienta 5C: Preguntas para evaluar la preparación de la unidad de salud para proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes

Herramienta 5D: Mejorando las normas y pautas de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Herramienta 5E: Mejorando el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto

herramientas

Herramienta 5A: Hoja sobre cómo ampliar el acceso a los servicios de aborto

Abordando las barreras sociales

- Realizar actividades de extensión a la comunidad e impartir educación
- Proporcionar información a líderes de la comunidad
- Establecer redes de apoyo social oficiales o extraoficiales
- Brindar apoyo y participar en intervenciones impulsadas por la comunidad
- Llevar a cabo talleres de aclaración de valores para profesionales de la salud y demás personal

Abordando las barreras económicas y logísticas

- Reducir el costo de los servicios de aborto
- Emplear a mujeres jóvenes y abogar por igualdad económica de las mujeres
- Solicitar rutas de transporte público, o los establecimientos de salud pueden ofrecer un servicio de enlace
- Crear una red de transporte dirigida por la comunidad
- Utilizar un fondo comunitario para ayudar a las usuarias a cubrir sus costos

Abordando las barreras legislativas y políticas

- Familiarizarse con la ley de aborto vigente y con las normas, pautas y protocolos clínicos. Si es posible, participar en su elaboración a fin de minimizar las barreras.
- Educar a la comunidad sobre los puntos específicos de las leyes.
- Asegurar que en las unidades de salud se ofrezcan servicios de aborto al máximo grado permitido por la ley.
- Ayudar a las asociaciones profesionales a hacer recomendaciones para disminuir las barreras.
- Crear buenas normas y pautas clínicas, si no existen, y eliminar todo texto en las normas y pautas existentes que constituya una barrera.
- Difundir esos documentos de implementación al personal de salud.
- Esforzarse por identificar las indicaciones legales para toda usuaria que busque servicios de aborto.

Abordando las barreras de los sistemas de salud

Indisponibilidad de unidades de salud

- Ofrecer servicios de aborto para las mujeres jóvenes en zonas geográficas óptimas.
- Hacer los horarios de atención al público lo más largos posibles.
- Asegurar que los medicamentos para inducir el aborto estén disponibles a nivel local y suministrarlos.

Falta de privacidad y confidencialidad

- Cuando sea posible, ofrecer cuartos privados y baños con inodoros (excusados) específicamente para las usuarias de los servicios de aborto.
- Garantizar privacidad auditiva y visual durante la consejería y el procedimiento.
- Garantizar confidencialidad para todas las usuarias, incluso las personas jóvenes.
- Garantizar seguridad en la gestión de registros y capacitar a las y los profesionales de la salud y demás personal para que tengan discreción.

Procesos y formularios

- Utilizar formularios neutrales y no requerir consultas posteriores innecesarias. Los establecimientos y sistemas de salud deben recalcar su dedicación a atender a las mujeres jóvenes.

Costo

- Cobrar por escala móvil basada en acceso a fondos y determinada en privado sin documentación.

Actitudes negativas

- Facilitar oportunidades para la aclaración de valores para todo el personal.
- Formular las declaraciones sobre la salud sexual y reproductiva de manera positiva.

Ámbitos restrictivos

- Interpretar las indicaciones legales vigentes en su sentido más amplio.
- Educar a las partes interesadas en cuanto a las indicaciones legales vigentes y elaborar normas y pautas para implementarlas.
- Garantizar la disponibilidad de misoprostol.
- Seguir el enfoque de reducción de daños

Herramienta 5B: Abordando las barreras a los servicios



Objetivos

Al final de esta sesión, cada participante podrá:

- Resumir los retos que enfrentan las mujeres jóvenes para obtener servicios de aborto
- Identificar diferentes estrategias para abordar esos retos
- Explorar cómo incluir a las personas jóvenes en el abordaje de esos retos



Materiales

- Rotafolio, marcadores, cinta adhesiva
- Hoja para distribución: Estudios de casos
- Preguntas para la discusión sobre los estudios de casos



Tiempo

5 minutos: Introducción, cómo identificar los retos

20 minutos: Estudios de casos

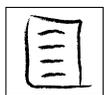
20 minutos: Ponencias y conclusión

45 minutos en total



Preparativos

- Escribir en una hoja de rotafolio las preguntas para la discusión sobre los estudios de casos.
- Hacer copias de la hoja para distribución Estudios de casos, suficientes para cada participante.



Instrucciones

1. Repase los objetivos de la sesión con el grupo de participantes.
2. Pídales que identifiquen los retos que enfrentan las mujeres jóvenes para obtener servicios de aborto. Anótelos en una hoja de rotafolio. Si el grupo ya completó la Herramienta 2B, Barreras a los servicios, resuma las respuestas anotadas en las hojas de rotafolio durante esa actividad.

Nota para el equipo facilitador: Entre las respuestas deben mencionar las barreras sociales (como el estigma y la resistencia de la comunidad), las barreras económicas y logísticas, las barreras legislativas y políticas y las barreras de los sistemas de salud (como las actitudes negativas de las y los profesionales de la salud, inquietudes en cuanto a la privacidad y confidencialidad y capacitación correspondiente para el personal).

3. Divida al grupo en por lo menos seis grupos pequeños de tres o cuatro participantes. Quizás tenga que crear más de seis grupos pequeños, según el tamaño del grupo total.
4. Informe a los grupos pequeños que cada uno revisará un estudio de caso en el cual se describe un reto que las mujeres jóvenes o profesionales de la salud podrían encontrar, o han encontrado, con relación a los servicios de aborto, y preparará una estrategia para abordarlo.
5. Entregue a cada participante una copia de la hoja Estudios de casos. Asigne a cada grupo un estudio de caso diferente. Más de un grupo puede trabajar en el mismo estudio de caso, según el número de grupos pequeños.
6. Fije en la pared la hoja de rotafolio con las preguntas para la discusión sobre el estudio de caso y revíselas. Indique a los grupos que primero lean el estudio de caso y después realicen una lluvia de ideas y anoten las respuestas a las preguntas para la discusión. Infórmeles que tienen 20 minutos para concluir la tarea.
7. Después de 20 minutos, pídale que se vuelvan a reunir en plenaria. Solicite que un representante de cada grupo lea en voz alta su estudio de caso y presente la estrategia creada por su grupo para abordar el reto. Si más de un grupo informa sobre el mismo estudio de caso, pídale que informen solo sobre las diferentes maneras de tratar el asunto.
8. En una hoja de rotafolio, anote las soluciones propuestas. Compare cómo los diferentes grupos abordaron asuntos similares.
9. Pídale que identifiquen los elementos en común que aparecen en las estrategias y los elementos que faltan: por ejemplo, sólidas alianzas con las personas jóvenes.
10. Procese la actividad utilizando las siguientes preguntas para facilitar la discusión:
 - *¿Cómo se sintió crear una estrategia que aborda algunos de los retos que enfrentan las mujeres jóvenes para obtener servicios de aborto?*
 - *¿Cuáles, si los hubo, fueron retos que su grupo encontró para crear esa estrategia?*
 - *¿Creen ustedes que enfrentan algunos de estos retos en su comunidad? En caso afirmativo, ¿cómo serían aplicables estas estrategias en esos casos?*
 - *¿Qué medidas tomarán cuando regresen a su unidad de salud para abordar estos retos?*
11. Concluya la actividad reiterando los puntos clave planteados; recuérdelos lo siguiente:

Cada unidad de salud es diferente, tanto en los retos que encuentra como en las estrategias que pone en práctica. Pero para identificar debidamente el problema y elegir la estrategia más viable para tratarlo, es fundamental trabajar con otras personas en la unidad de salud y a nivel comunitario, particularmente con las mujeres jóvenes en la comunidad.
12. Pregúnteles si tienen preguntas sobre la actividad. Agradezca al grupo por su participación.

Hoja para distribución: Estudios de casos

Estudio de caso 1: Resistencia de la comunidad (barreras sociales)

Los padres y líderes religiosos de la comunidad no están contentos de que en el centro de salud del primer nivel de atención se ofrezcan servicios de aborto, especialmente a las mujeres jóvenes. Piensan que el centro de salud está promoviendo la promiscuidad, enseñándoles a las niñas a ocultarle las cosas a su familia y yendo en contra de las enseñanzas de la Iglesia. Muchas mujeres jóvenes son admitidas al centro de salud por complicaciones del aborto inseguro, pero pocas acuden a éste para recibir servicios de aborto seguro.

Estudio de caso 2: Costo y transporte (barreras económicas y logísticas)

Un hospital de distrito atiende a una amplia zona rural. No muchas mujeres jóvenes acuden al hospital para recibir servicios de aborto; cuando lo hacen, generalmente no tienen suficiente dinero para cubrir el costo del servicio y transporte para regresar a su casa. Por lo general, se presentan solas y tienen que regresar a su casa, un viaje que demora varias horas, el mismo día que acuden al hospital para el aborto.

Estudio de caso 3: Ley de consentimiento (barreras legislativas y políticas)

En una clínica privada recientemente empezaron a dar cumplimiento a la nueva ley nacional de consentimiento para las mujeres jóvenes menores de 17 años de edad que buscan servicios de aborto. Ellas deben tener el consentimiento de su madre o padre o autorización judicial para que se les practique el procedimiento. Desde que se empezó a aplicar la nueva política en la clínica, el número de mujeres jóvenes que acuden a ésta para recibir servicios de aborto ha disminuido un 50%, pero el número de casos de atención postaborto ha aumentado drásticamente.

Estudio de caso 4: Privacidad y confidencialidad (barreras de los sistemas de salud)

Muchas mujeres jóvenes no acuden a la unidad de salud en busca de servicios de aborto por temor a ver a alguien que conocen o que una de las personas que trabaja en la unidad se lo cuente a su familia o a alguien que conocen.

Estudio de caso 5: Actitudes negativas de las y los profesionales de la salud (barreras de los sistemas de salud)

Cuando una joven acude a un centro de salud pública en su pueblo, la recepcionista repite en voz muy alta que la joven está aquí para un aborto, le pregunta su edad dos veces y después lo niega con la cabeza. Luego le pide a la joven que pague una tarifa más alta que la publicada. Cuando la joven se reúne con su prestador de servicios, él le pregunta su edad y también le pregunta dónde está su esposo y si él sabe que ella va a tener un aborto. Le niega su solicitud de un aborto sin decirle por qué.

Estudio de caso 6: Poco uso de servicios entre las mujeres jóvenes (múltiples barreras o todas)

Un hospital de referencia del tercer nivel de atención no está recibiendo el número esperado de mujeres jóvenes para servicios de aborto. Sin embargo, las investigaciones de la zona de captación muestran que el aborto inseguro es muy común entre las mujeres jóvenes y se han registrado varias muertes a consecuencia de sus complicaciones.

Hoja de rotafolio: Preguntas para la discusión sobre los estudios de casos

1. ¿Cuáles son los retos identificados en el estudio de caso?
2. ¿Cuáles son las posibles estrategias para abordar los retos?
3. ¿Cómo se podría determinar cuál es la mejor estrategia para ejecutar? ¿Cómo incluiría a las personas jóvenes?
4. ¿Cuál cree usted que sea la mejor estrategia?
5. ¿Cuáles serían los pasos clave que daría para ejecutar la estrategia? ¿Cómo incluiría a las personas jóvenes?
6. ¿Cómo cree usted que reaccionarían los funcionarios de la salud y/o la administración de la unidad ante la estrategia propuesta?

Herramienta 5C: Preguntas para evaluar la preparación de la unidad de salud para proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes

En esta herramienta se exponen ejemplos de preguntas para evaluar la preparación de la unidad de salud para proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes. Aunque la herramienta tiene como objetivo ofrecer orientación sobre preguntas útiles para determinar la preparación de la unidad de salud para proporcionar esos servicios, se recomienda estudiar, seleccionar y adaptar las preguntas con mujeres jóvenes de la localidad para asegurarse de atender de la manera más eficiente posible sus necesidades y deseos respecto a los servicios de aborto de alta calidad.

En la unidad de salud, ¿se ofrecen a las mujeres jóvenes servicios de aborto basados en los derechos?

1. ¿En la unidad de salud existen políticas o protocolos por escrito que afirmen el derecho de las mujeres jóvenes a recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Privacidad y confidencialidad? ¿Toma de decisiones independiente acorde a la aptitud individual?

En la unidad de salud, ¿se ofrecen a las mujeres jóvenes servicios de aborto participativos?

2. ¿Participan las mujeres jóvenes en la prestación de servicios de alguna otra manera además de en calidad de usuarias? ¿Cómo?
3. ¿Participaron o colaboraron las mujeres jóvenes en el diseño de los servicios? ¿Cómo?
4. ¿Participan o colaboran las mujeres jóvenes en la prestación de servicios? ¿Cómo?
5. ¿Participan o colaboran las mujeres jóvenes en la evaluación de los servicios? ¿Cómo?
6. ¿Existe una alianza con personas jóvenes o grupos de jóvenes?

En la unidad de salud, ¿se aseguran de que los servicios de aborto sean accesibles a las mujeres jóvenes?

Ambiente de la unidad de salud

Nota: No todas las preguntas son aplicables a su unidad de salud. Elija las preguntas acorde a lo que las mujeres jóvenes de la localidad indicaron que les gustaría estuviera disponible.

7. ¿Es accesible la unidad de salud por transporte público?
8. ¿El horario de atención al público se extiende más allá de los horarios típicos de escuela y trabajo?
9. ¿Existe una entrada aparte para las mujeres jóvenes?
 - a. ¿En las áreas clave de la unidad se ofrece privacidad visual y auditiva?
 - b. Recepción y sala de espera
 - c. Sala de consejería
 - d. Sala de examen y procedimientos
10. Sala de recuperación y baños/inodoros
11. ¿Se atiende a las mujeres jóvenes que no tienen cita?

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

12. ¿En las citas programadas se permite la posibilidad de alargar la sesión de consejería si es necesario?
13. ¿Los expedientes médicos son seguros y nunca se dejan donde otras usuarias, o personal que no participe directamente en la prestación de servicios, los puedan ver con facilidad?

Políticas

14. ¿Existen normas y protocolos clínicos referentes a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes? Si existen, ¿los ha recibido el personal de salud y éste se ha familiarizado con ellos?
15. ¿Requieren las políticas o protocolos de la unidad de salud informes adicionales sobre los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que no están presentes en la ley, o aplican restricciones a estos? (*Responder "sí" a esta pregunta indica que hay un problema que se debe tratar.*)

Educación e información

16. ¿Realiza o apoya la unidad de salud actividades de extensión a la comunidad y educación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes, que incluyan el tema del aborto inseguro?
17. ¿Tiene la unidad de salud materiales u hojas sobre el aborto para distribución a las usuarias, que hayan sido elaborados por mujeres jóvenes y para ellas?

Pago

18. ¿Existen opciones de pago (escala móvil, servicios gratuitos u otras) para mujeres jóvenes de bajos ingresos?

Preparación del personal

19. ¿Recibió todo el personal por lo menos una orientación sobre cómo atender a las mujeres jóvenes?
20. ¿Asistió todo el personal a un taller de aclaración de valores sobre cómo proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes?
21. ¿Pueden las mujeres jóvenes ser atendidas por una mujer prestadora de servicios si así lo solicitan?
22. ¿Existen educadores de pares o consejeros para ayudar a las mujeres jóvenes o acompañarlas durante todo el servicio si así lo solicitan?

Referencias y otros servicios de salud

23. ¿Se hacen referencias para servicios no ofrecidos en la unidad de salud?
24. ¿Esas referencias se hacen como parte de acuerdos oficiales entre instituciones y/o existen procesos para asegurar el seguimiento de las usuarias?
25. ¿Se proporcionan otros servicios de salud durante la misma consulta si es necesario?

En la unidad de salud, ¿se ofrecen servicios de aborto que sean clínicamente adecuados para las mujeres jóvenes?

26. ¿Está el personal de salud capacitado para brindar consejería a las mujeres jóvenes sobre la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los servicios de aborto?
27. ¿Está el personal de salud capacitado en los aspectos clínicos específicos de la prestación de servicios de aborto para las mujeres jóvenes?
28. ¿Está el personal de salud preparado para aliviar el dolor de las mujeres jóvenes, teniendo en cuenta que las mujeres jóvenes pueden tener más ansiedad o menos tolerancia al dolor que las adultas?

¿Registra la unidad de salud las estadísticas de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes? (*En lugares donde se restringe el acceso a los servicios de aborto para mujeres menores de cierta edad, las unidades de salud pueden decidir no hacer esto si no lo exige la ley.*)

29. ¿Existe un libro de registros para los servicios de aborto, en el cual se indique la edad de la usuaria?

30. En la unidad de salud, ¿se capturan y desagregan los datos por edad para lo siguiente?:
- Número de usuarias que solicitaron servicios de aborto seguro en el último año
 - Número de usuarias que recibieron servicios de aborto seguro en el último año
 - Número de usuarias que buscaron atención postaborto en el último año
 - Número de usuarias que recibieron atención postaborto en el último año
 - Porcentaje de usuarias postaborto que probablemente tuvieron un aborto inducido (basado en la opinión informada del profesional de la salud; estos datos no se deben considerar conclusivos)
 - Porcentaje de usuarias que solicitaron métodos anticonceptivos postaborto en el último año (por método si es posible)
 - Porcentaje de usuarias que recibieron métodos anticonceptivos postaborto en el último año (por método si es posible)
 - Número y tipo de complicaciones del aborto inseguro tratadas en la unidad de salud en el último año

Si no es posible realizar la desagregación por edad, se debe calcular los grupos etarios más afectados, por pregunta:

Grupo etario	Proporción aproximada (porcentaje)
10 a 14 años	
15 a 19 años	
20 a 24 años	
25 a 30 años	
31 años o más	

Adaptado de:

Hainsworth Gwyn, Carolyn Boyce y Ellen Israel. 2008. *Assessment of youth-friendly postabortion care services: A global tool for assessing and improving postabortion care for youth*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Osur, Joachim. 2010. *lpas service delivery point assessment tool for initiation of abortion related services*. Kenia: Alianza lpas-África. No publicado.

Senderowitz, Judith, Gwyn Hainsworth y Cathy Solter. 2002. *Clinic assessment of youth-friendly services*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Herramienta 5D: Mejorando las normas y pautas de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes

La creación y difusión de normas y pautas basadas en evidencia para los servicios de interrupción legal del embarazo ayuda a asegurar que esos servicios sean seguros y accesibles. Sin embargo, en muchos países, donde un aborto de lo contrario sería legal, las leyes referentes a la participación de terceras partes en casos de personas menores de edad, a menudo bloquean a las mujeres jóvenes cuando intentan buscar y obtener servicios seguros (McCulloch 2010). Todas las normas y pautas deben atender las necesidades y velar por el cumplimiento de los derechos de las mujeres jóvenes.

Las siguientes preguntas son de utilidad para evaluar cuán apropiadas son las normas y pautas vigentes para las mujeres jóvenes. Además, pueden ser útiles para elaborar nuevas normas y pautas con el fin de garantizar que no se incluyan las barreras para las mujeres jóvenes. Para cada pregunta se proporcionan ejemplos del lenguaje cuando corresponde, a menudo generado de normas y pautas existentes. Responder “sí” a cada una de estas preguntas es característico de buenas normas y pautas.

1. ¿Se protege la confidencialidad de cada usuaria, independientemente de su edad o mayoría de edad? Las estadísticas de los servicios pueden y deben ser recopiladas y desagregadas por edad, pero no los datos que identifican a una persona.

“Cada profesional de la salud que participe en la prestación de servicios de aborto debe mantener la información confidencial, teniendo todas las precauciones razonables.”

2. ¿Se exige privacidad tanto para la consejería como para los servicios clínicos, independientemente de la edad de la usuaria o su mayoría de edad?

“Cada paciente debe tener una oportunidad privada de discutir los aspectos e inquietudes respecto a su aborto, y se le deben ofrecer servicios en un área con privacidad visual, como mínimo, y preferentemente auditiva.”

3. ¿Se abordan las posibles actitudes negativas del personal de salud y demás personal de la unidad?

“El sistema de salud nacional debe ofrecer talleres de aclaración de valores para todos los profesionales de la salud y demás personal que participe en la prestación de servicios de aborto. Se le permite al profesional de la salud invocar su derecho a la “objeción de conciencia” respecto a la práctica del procedimiento de aborto, siempre y cuando el profesional de la salud proporcione una referencia inmediata a otro prestador de servicios que esté dispuesto a realizar el aborto. Todo personal de salud que haya negado servicios de aborto a tres o más pacientes quienes posteriormente no recibieron servicios de aborto, puede ser censurado por el Ministerio de Salud, lo cual podría implicar incluso la pérdida de su licencia médica.”

4. ¿Se reconoce que la violencia y la coerción a menudo están relacionadas con el aborto y se procura atender las necesidades de las mujeres que las han sufrido?

“La interrupción del embarazo por una institución médica reconocida en el plazo permitido por la profesión no es punible cuando el embarazo es producto de violación o incesto.”

5. En la unidad de salud, ¿se proporcionan referencias a otros servicios cuando es necesario?

“Un sistema de referencia en buen estado de funcionamiento es vital para la prestación de servicios de aborto seguro y de alta calidad. Todo personal de salud que le brinde atención médica a la mujer tiene la responsabilidad ética de dirigirla a servicios correspondientes en cualquier momento. Los arreglos para la referencia les permiten a las mujeres tener acceso a cuidados rutinarios y al tratamiento de las complicaciones con prontitud.

- Remitir a la mujer a otro servicio si el tipo de atención que necesita queda más allá de la capacidad de su institución.

- *Indicar claramente en la hoja de referencia el estado clínico de la mujer en el momento de hacer la referencia, qué se hizo y la razón para remitirla a otro servicio.*
- *Alertar al centro de referencia, particularmente si la mujer sufre de complicaciones y necesita atención inmediata, transporte, cuidados durante el transporte, que incluyan personal de salud acompañante, y/o servicios gratuitos, según corresponda.*
- *El centro de referencia debe proporcionar retroalimentación al centro referente respecto al tipo de complicación, la atención brindada, el resultado del tratamiento y el plan para cuidados posteriores.*
- *Informar a las víctimas de violación respecto al apoyo jurídico y psicológico y remitirlas a otros servicios según sea necesario.*
- *Todas las mujeres remitidas al próximo nivel tienen derecho a recibir atención médica sin ninguna precondición.*
- *Los arreglos de referencia para apoyo social y atención son una parte integral de los servicios de aborto en general."*

6. ¿Se procura asegurar que la usuaria no sea forzada a tener un aborto?

"Norma 3: En las unidades de salud se debe asegurar que las adolescentes y jóvenes tomen decisiones informadas y libres sin la coerción de partes interesadas.

Pautas:

1. *Garantizar el respeto de la autonomía en la toma de decisiones sin la autorización de terceras partes.*
2. *Garantizar la consejería adecuada de las adolescentes.*
3. *El personal de salud debe actuar de buena fe en beneficio de la joven menor de edad; esto puede implicar omitir el consentimiento de la madre, el padre o tutor/a."*

7. ¿Se codifican solo las prácticas basadas en evidencia?

"A raíz de las investigaciones que demostraron que los requisitos de participación de terceras partes en los casos de personas menores de edad no producen un aumento en la comunicación con los padres y otras personas adultas, y tienen consecuencias negativas en la salud de la menor, no se exige la participación de terceras partes ni se exigirá dentro de la autoridad de este documento."

8. ¿Se evitan las restricciones o requisitos relacionados con la edad o mayoría de edad (como la participación de terceras partes en los casos de mujeres menores de la edad de mayoría), estado civil o pruebas de violación, a menos que la ley lo disponga?

"Consentimiento:

1. *La interrupción del embarazo se puede realizar solo con el consentimiento informado de la mujer embarazada.*
2. *No obstante cualquier otra ley o el derecho angloamericano, no se requerirá ningún otro consentimiento, aparte del consentimiento de la mujer embarazada, para la interrupción del embarazo.*
3. *En el caso de una mujer menor de edad embarazada, un profesional médico o una partera titulada o enfermera titulada, según sea el caso, deberá aconsejar a la menor que consulte con sus padres o tutor/a, familiares o amistades antes de la interrupción del embarazo: Siempre y cuando la interrupción del embarazo no sea negada porque la mujer menor de edad opta por no consultar a esas personas."*

9. Si la capacidad para dar su consentimiento para el procedimiento de aborto es restringida por la ley por edad o aptitud, ¿se incluyen las leyes y documentos aplicables, y se describen la definición legal de un procedimiento médico, los mecanismos para dar su consentimiento por poder de representación (por la madre o el padre, familiares más cercanos, otra persona adulta, autorización jurídica, discreción del profesional médico, etc.)? ¿Es el uso de los mecanismos lo más fácil y rápido posible, dada la ley?

10. Si la capacidad para dar su consentimiento al procedimiento de aborto es legalmente restringida por el concepto de facultades en evolución (en vez o además de la edad), ¿se afirma la interpretación más amplia posible de facultad? ¿Por ejemplo, el "principio de la aptitud"?

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

11. Si la ley exige la participación de terceras partes, ¿se evita agregar procesos o restricciones adicionales?

12. Si la ley exige la participación de terceras partes, ¿se afirman los derechos de las mujeres a consentir al servicio de aborto (además del consentimiento por poder de representación de la tercera parte) y a una toma de decisiones independiente y consentimiento para todos los demás servicios relacionados, para los que la ley no exige el consentimiento de terceras partes (por ejemplo, anticoncepción postaborto)?

“A la tercera parte se le notifica solo de la prestación de los servicios de aborto. La mujer menor de edad también dará su propio consentimiento al servicio de aborto para asegurar que usó su libre albedrío para que le practiquen ese procedimiento. Todos los demás servicios proporcionados durante el tratamiento recibido y sus resultados –consejería, anticoncepción, pruebas, referencias, etcétera— son la única procedencia de la menor.”

13. Si la ley exige la participación de terceras partes, ¿existen excepciones en casos en que la vida o la salud de la joven corren peligro o si ella es víctima de incesto?

“Si hay un cargo penal de incesto pendiente contra el padre o la madre de la menor, o si un profesional con licencia médica determina que llevar el embarazo a término pondría la vida o la salud de la menor en grave riesgo, no se requiere el consentimiento por escrito del padre o la madre u otra tercera parte.”

14. ¿Se evita requerir un plazo de espera a menos que sea exigido por la ley, independientemente de la edad de la usuaria o su mayoría de edad?

“La mujer debe tener el aborto lo más rápido posible según las buenas prácticas médicas. Por ello, no se deben requerir plazos de espera médicamente innecesarios.”

15. ¿Se evita de otros modos hacer el proceso de obtener servicios de aborto más difícil o más lento que lo que dispone la ley?

16. ¿Se especifica que se debe ofrecer, pero no exigir, a todas las usuarias consejería sobre la anticoncepción postaborto y una variedad de métodos anticonceptivos?

“Se debe ofrecer información sobre los métodos anticonceptivos a todas las mujeres durante la consejería, así como los métodos suministrados durante el período de recuperación postaborto si fueron seleccionados por la mujer.”

17. ¿Se indica que la prestación de los servicios de aborto y las tarifas por esos servicios no están asociadas con la aceptación de la usuaria de otros cuidados como anticonceptivos o vacunas?

A continuación se exponen algunos ejemplos de las posibles barreras en las normas y pautas relacionadas con los servicios de aborto para las mujeres jóvenes o mujeres menores de edad.

1. Exigir prueba de la edad cuando no es requerido por la ley.
2. Exigir la participación de terceras partes en los casos de mujeres menores de edad cuando ésta no es requerida por la ley.
3. Estandarizar los formularios de consentimiento de terceras partes cuando la ley solo exige consentimiento verbal.
4. Requerir el consentimiento de más de una persona adulta cuando la ley exige que solo una persona adulta dé su consentimiento.
5. Aceptar el consentimiento de una tercera parte solo si se trata del familiar más cercano cuando la ley establece que cualquier persona adulta puede dar su consentimiento.
6. Exigir plazos de espera para las mujeres menores de edad cuando no es requerido por la ley.

Si en las normas y pautas se trata el consentimiento en los casos de mujeres jóvenes o menores de edad, se debe adoptar el lenguaje sobre las facultades en evolución, que fue formulado en la Convención sobre los Derechos del Niño, y otras leyes regionales pertinentes (McCulloch 2010). Se debe tomar la interpretación más amplia de las leyes nacionales y locales pertinentes. Para proporcionar un lenguaje recomendado y detallado para las normas y pautas se requiere conocimiento de esas leyes y prácticas nacionales y locales. Se debe hacer en colaboración con las partes interesadas en la localidad, incluidas aquellas que puedan representar con mayor eficiencia los diferentes intereses y derechos de las mujeres jóvenes.

Adaptado de:

Huber, Amanda y Karen Otsea. 2004. "Checklist for creating and implementing standards of safe abortion care" y "10 Steps to Developing Standards and Guidelines for Safe Abortion Care." En: *Safe Abortion Standards and Guidelines Toolkit*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. No publicado.

McCulloch, Lauren. 2010. *Legal Frameworks of Medical Consent: Girl's and Adolescent Women's Access to Legal Abortion Care*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. No publicado.

National Abortion Federation. 2010. 2010 Clinical Policy Guidelines. Washington, DC: National Abortion Federation.

República de Sudáfrica. 2008. Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2008. Ciudad del Cabo: República de Sudáfrica.

Gobierno de la República de Zambia, Ministerio de Salud. 2009. *Standards and Guidelines for reducing unsafe abortion morbidity and mortality in Zambia*. Lusaka: Gobierno de la República de Zambia.

Herramienta 5E: Mejorando el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Explorar las diferentes barreras del sistema de salud que podrían encontrar las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto.
- Formular estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto y la prestación de los servicios para las mujeres jóvenes.
- Identificar las maneras en que cada profesional de la salud puede influir, tanto de manera negativa como positiva, en la experiencia de aborto de una joven.



Materiales

- Rotafolio, marcadores, cinta adhesiva
- Hoja con las instrucciones para el juego de roles
- Hoja de rotafolio Calidad definida por alianzas
- *Opcional:* Herramienta 4C: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto



Tiempo

25 minutos: Introducción y mapeo de la unidad de salud

35 minutos: Juegos de roles (4 representaciones)

15 minutos: Discusión y calidad definida por la alianza

1 hora y 15 minutos en total



Preparativos

- Imprimir copias de la hoja Juegos de roles, suficientes para cada grupo pequeño
- Escribir en una hoja de rotafolio la Calidad definida por alianzas
- *Opcional:* Imprimir copias de la Herramienta 4C, suficientes para cada participante



Instrucciones

1. Repase los objetivos de la sesión.
2. Divida al grupo de participantes en grupos pequeños de no más de cinco personas por grupo. Asigne a cada grupo un nivel de atención: clínica primaria, hospital secundario u hospital docente terciario. Puede haber más de un grupo pequeño por cada nivel, según el número total de participantes.

Nota para el equipo facilitador: Si se sabe en qué tipo de unidad de salud trabaja cada participante, se pueden dividir acorde a esto y asignar a cada persona el tipo de unidad con la cual esté más familiarizada.

3. Entregue a cada grupo hojas de rotafolio y marcadores. Pida a cada grupo que dibuje a una joven a la izquierda de una hoja y después dibuje en la misma hoja, al lado de la mujer, la imagen de una unidad de salud “típica”, donde se ofrecen servicios de aborto, en el nivel asignado.
4. Pídeles que reflexionen y anoten en la misma hoja, o en otra si es necesario, los diferentes elementos de la prestación de servicios por los cuales pasaría la joven si tuviera un aborto en la unidad de salud. Concédales 5 minutos para realizar esta tarea.
5. Solicite a los grupos que discutan y anoten las posibles barreras o retos que podría encontrar la joven en cada etapa del proceso de prestación de servicios. Concédales 10 minutos para esta discusión.
6. Pida a los grupos que compartan sus hojas de rotafolio y resuman su discusión en palabras concisas.

Nota para el equipo facilitador: Los elementos, o las etapas, en el proceso de prestación de servicios deben comprender lo siguiente: espera e ingreso, consejería, preparación, procedimiento de aborto, recuperación y consejería postaborto.

Las barreras pueden ser: falta de profesionales capacitados y servicios no disponibles, falta de privacidad y confidencialidad, procesos y formularios, costo y actitudes negativas entre profesionales de la salud y demás personal de la unidad.

7. Infórmeles que continuarán explorando las experiencias de la joven por medio del juego de roles. Dígales que las diferentes etapas de la prestación de servicios serán cuatro juegos de roles: a) Espera e ingreso, b) Consejería, c) Preparación y procedimiento de aborto y d) Recuperación y consejería postaborto.
8. Deje que los grupos pequeños escojan la etapa que deseen preparar y actuar, pero asegúrese de que cada una de las cuatro etapas sea seleccionada por lo menos una vez. Asegúreles que nadie tiene que actuar en el juego de roles a menos que quiera hacerlo, pero que cada persona debe ayudar a preparar uno.
9. Entregue a cada grupo pequeño una o unas pocas copias de la hoja con las instrucciones para el Juego de roles. Pídeles que lean las instrucciones y preparen los juegos de roles. Informe a los grupos pequeños que tienen 10 minutos para hacer esto.
10. Invite a uno de los grupos pequeños que prepararon a) Espera e ingreso, a que actúe su representación negativa.
11. Al final de la representación negativa, invite al grupo de participantes a comentar sobre lo que vieron:
 - *¿Qué problemas encontró la joven?*
 - *¿Cuál fue la respuesta de la joven a los diferentes problemas?*
 - *¿Cómo podríamos transformar estas experiencias negativas en experiencias positivas para la joven?*
12. Pregunte a las personas que participaron en el juego de roles cómo se sintió actuar cada uno de sus roles:
 - *¿Cómo se sintió representar el papel de la joven que necesita un aborto pero no recibe nada de apoyo?*

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

- *¿Cómo se sintió representar el papel del profesional de la salud o la persona que causó que la joven tuviera una experiencia negativa?*
13. Invite al mismo grupo a actuar su versión positiva de la representación.
 14. Al final de la representación positiva, invite al grupo de participantes a comentar sobre lo que vieron:
 - *¿Cómo transformaron los personajes esta experiencia en una positiva para la joven?*
 15. Pregunte a las personas que participaron en el juego de roles cómo se sintió actuar cada uno de sus roles:
 - *¿Cómo se sintió representar el papel de la joven que necesita un aborto y recibe apoyo?*
 - *¿Cómo se sintió representar el papel del profesional de la salud o la persona que contribuyó a una experiencia positiva?*
 - *¿Qué creen ustedes sean las diferencias entre las dos representaciones? ¿A qué se deben esas diferencias?*
 16. Repita las instrucciones 11 a 16 para las tres etapas restantes: b) Consejería, c) Preparación y procedimiento de aborto y d) Recuperación y consejería postaborto.

Nota para el equipo facilitador: Según el juego de roles y el grupo, quizás sería conveniente pedirles que vuelvan a actuar la representación positiva para intentar producir una experiencia aún más positiva. Invite a cada participante a pensar en resultados donde la joven es empoderada o asuma el poder para cambiar su situación, y no solo el personal de la unidad de salud.

17. Después que hayan actuado las cuatro etapas, tanto con representaciones negativas como positivas, pídeles que reflexionen sobre los juegos de roles. Puede utilizar las siguientes preguntas para facilitar la discusión:
 - *¿Qué aprendieron de las representaciones sobre las experiencias de la joven con el aborto?*
 - *¿Cuáles son los diferentes factores que hicieron la experiencia más positiva para la joven?*
 - *¿Qué se necesita para transformar las experiencias negativas de las mujeres jóvenes en experiencias positivas? ¿A nivel individual? ¿En la unidad de salud? ¿En el sistema de salud?*
 - *¿Qué aprendieron de las representaciones sobre la capacidad individual de las personas y responsabilidad de asegurar que las mujeres jóvenes tengan experiencias positivas con el aborto?*

Anote algunas de las respuestas en una hoja de rotafolio.

18. Recuérdeles que incluso los procesos con buenas intenciones de mejorar los servicios de aborto y la prestación de servicios para las mujeres jóvenes pueden fallar si las jóvenes no participan. Podría decir algo como lo siguiente:
 - *Incluso los procesos con buenas intenciones de mejorar los servicios de aborto y la prestación de servicios para las mujeres jóvenes pueden fallar si las jóvenes no participan. Las mujeres jóvenes pueden compartir experiencias y perspectivas con el personal de salud que éste no posee. (Ver Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas).*
 - *Las mejoras en la prestación de servicios tienen un mejor impacto si se logran mediante esfuerzos colaborativos con las personas atendidas por esos servicios: en este caso, las mujeres jóvenes. Por lo tanto, recomendamos discutir algunos de estos procesos con las mujeres jóvenes en su comunidad.*
19. Fije en la pared y repase la hoja de rotafolio Calidad definida por alianzas.

Nota para el equipo facilitador: Se aconseja remitir al grupo de participantes al Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas, y distribuir a cada participante una copia de la Herramienta 4C: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto.

20. Destaque los puntos clave de la discusión y resuma con las siguientes palabras:

- *El personal de salud puede servir de apoyo para las mujeres jóvenes que necesitan y desean recibir servicios de aborto seguro. Mejorar la accesibilidad y la prestación de servicios propiciará experiencias más positivas para las mujeres jóvenes que necesitan servicios de aborto y ayudará a salvarles la vida y mejorar su salud.*

Hoja con las instrucciones para el juego de roles

Al llevar a cabo la representación, primero con resultados negativos y luego con resultados positivos, el grupo de participantes explorará cómo mejorar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto seguro en las unidades de salud. Este ejercicio les mostrará cómo los cambios a comportamientos individuales pueden propiciar experiencias más positivas para las mujeres jóvenes. En preparación, el grupo de participantes tiene 10 minutos para:

1. Seleccionar una representación de la lista a continuación.
2. Preparar un juego de roles corto, de dos a cuatro minutos, para esa representación con un resultado negativo. Puede utilizar algunas de las barreras de los sistemas de salud identificadas anteriormente en esta sesión.
3. Preparar un juego de roles corto, de dos a cuatro minutos, para la misma representación pero con un resultado positivo.
4. Asignar a cada participante el personaje que actuarán. Representar el papel de un personaje es voluntario.
5. Si hay suficiente tiempo, puede practicar cualquiera de las dos representaciones o ambas.

Lista de representaciones

- A. Espera e ingreso
- B. Consejería
- C. Preparación y procedimiento de aborto
- D. Recuperación y consejería postaborto

Ejemplo

Representación: Recuperación y consejería postaborto

Roles: Mujer joven soltera, enfermera en la sala de recuperación, consejero

Experiencia negativa: Una joven está descansando en la sala de recuperación pero le preocupa que está sangrando demasiado y tiene un poco de náuseas. Desde el otro lado de la sala, ella dice en voz alta que tiene que usar el baño. La enfermera en la sala de recuperación le grita que se calle y pare de quejarse y le dice: "las niñas fáciles como tú no deberían quejarse cuando las ayudan médicos amables." Después de ignorarla un rato, la enfermera le dice a la joven que puede pasar a ver al consejero. El consejero le informa a la joven que, ya que necesitó un aborto, también necesita anticonceptivos y le receta píldoras anticonceptivas sin hablarlo primero con ella.

Experiencia positiva: Una joven está descansando en la sala de recuperación pero le preocupa que está sangrando demasiado y tiene un poco de náuseas. Desde el otro lado de la sala, ella dice en voz alta que tiene que usar el baño. La enfermera en la sala de recuperación le pide que haga silencio para no molestar a las otras mujeres y la ayuda a llegar al baño. Después de asegurarse de que la joven está bien, la enfermera le indica que puede pasar a ver al consejero. El consejero es amable y respetuoso con la joven. Juntos discuten las opciones anticonceptivas. La joven dice que desea evitar otro embarazo pero no quiere usar píldoras anticonceptivas porque tiene miedo de presentar efectos secundarios. Se ponen de acuerdo en usar otro método.

Hoja de rotafolio: Calidad definida por alianzas

La calidad definida por alianzas:

- Es un método para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para las personas jóvenes.
- Reconoce que las personas jóvenes son participantes esenciales en los procesos para mejorar los servicios de salud para ellas.
- Es colaborativa y se basa en alianzas entre profesionales de la salud y personas jóvenes.
- Requiere el compromiso de todas las partes interesadas, incluidas las personas jóvenes.
- Consiste en cuatro etapas:
 - Crear apoyo
 - Explorar la calidad
 - Llenar las brechas
 - Trabajar de manera conjunta

Nota para el equipo facilitador: Las cuatro etapas de la Calidad definida por alianzas para la juventud son:

Crear apoyo: Se presenta el proceso y se obtiene el compromiso para la participación de grupos clave en la comunidad, tales como las personas jóvenes (y sus padres), líderes comunitarios, profesionales de la salud y la administración del sistema de salud.

Explorar la calidad: Se crea un entendimiento de las diferentes perspectivas de la calidad entre las personas jóvenes y el personal de salud. Durante esta etapa, se llevan a cabo reuniones con cada grupo aparte: es decir, con las personas jóvenes, con integrantes de la comunidad y con profesionales de la salud, para explorar sus ideas en un ambiente abierto y seguro.

Llenar las brechas: Se reúnen profesionales de la salud y personas jóvenes en un taller para intercambiar ideas. Mediante discusiones empiezan a trabajar como equipo para crear una visión compartida de la calidad y establecer un equipo para mejorar la calidad.

Trabajar de manera conjunta: Se determinan las causas fundamentales y se identifican las soluciones para alcanzar el nivel deseado de calidad. El grupo establece también los indicadores para monitorear los avances.

Ver **Calidad definida por alianzas para la juventud (PDQ-Y)**, en el Módulo 4.

Módulo 6: Asegurando la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados



Imagen utilizada con el permiso de la Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (*Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights*) © 2007. Agradecemos especialmente a las personas que participaron en el Taller nacional para abogar por servicios de aborto seguro en Ecuador.

6.1 Introducción

En este módulo se ofrece orientación para profesionales de la salud y otras personas que participan en la prestación de servicios de consejería sobre el aborto, así como atención clínica y servicios de anticoncepción adecuados para las mujeres jóvenes. Físicamente, las necesidades clínicas de las mujeres jóvenes son muy similares a las de las adultas; sin embargo, su vida y circunstancias sociales suelen ser muy diferentes, por lo cual se deben adaptar los servicios a sus circunstancias personales, especialmente en lo que respecta a la consejería y las actitudes del personal de salud.

Aunque aún se necesitan más investigaciones para examinar las diferencias clínicas en los servicios de aborto para mujeres jóvenes comparados con los servicios para las adultas a fin de hacer recomendaciones basadas en evidencia, las principales diferencias están relacionadas con la consejería y las actitudes del personal de salud. Para obtener orientación general sobre cómo brindar consejería sobre el aborto y prestar servicios de anticoncepción y atención clínica, por favor consulte el Manual de referencia y el Manual del capacitador de la publicación de Ipas titulada *La atención del aborto centrada en la mujer* (disponible en el CD-ROM y en www.ipas.org).

6.2 Actitudes del personal de salud

Las y los profesionales de la salud tienen una variedad de actitudes, tanto deliberadas como inconscientes, sobre la sexualidad de las personas jóvenes, que pueden tener un impacto significativo en el contenido y la calidad de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Se recomienda ofrecer talleres de aclaración de valores y transformación de actitudes (AVTA) respecto al aborto, a todo personal de salud y demás personal que interactúe con jóvenes usuarias de servicios de aborto. En el enfoque de AVTA respecto al aborto se reconoce que los valores que afectan las actitudes y creencias sobre el aborto y otros asuntos relacionados, pueden cambiar con el paso del tiempo en respuesta a nuevas experiencias y un entendimiento más profundo de los asuntos y el contexto. El objetivo de un taller de AVTA respecto al aborto es que cada participante explore, cuestione, aclare y afirme sus valores y creencias respecto al aborto y otros asuntos relacionados de salud sexual y reproductiva, de manera que aumente su conciencia y nivel de adaptación en relación con la prestación de servicios de atención integral del aborto centrada en la mujer (Turner y Page 2009). La AVTA respecto al aborto es un proceso de particular importancia para profesionales de la salud que se están preparando para ofrecer servicios de aborto que sean adecuados para las mujeres jóvenes y las respeten. Ver *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*, en particular la sección titulada "Actividades adaptadas para mujeres jóvenes en situación de aborto", que se incluye en el CD-ROM.

Cada profesional de la salud puede mitigar el impacto de las barreras sociales y ayudar a las personas jóvenes a obtener los servicios que necesitan si ofrecen servicios de salud en un ambiente en el cual se han examinado cuidadosamente las ideas preconcebidas sobre género, edad, sexualidad y aborto, así como reconociendo y respetando el hecho de que las mujeres jóvenes tienen derecho a la vida y la salud, a información correcta y al nivel más alto posible de servicios de salud. Cada profesional de la salud debe esforzarse por impedir que sus creencias personales limiten su capacidad para ofrecer los mejores servicios posibles a las mujeres jóvenes.

6.3 Consejería sobre las opciones

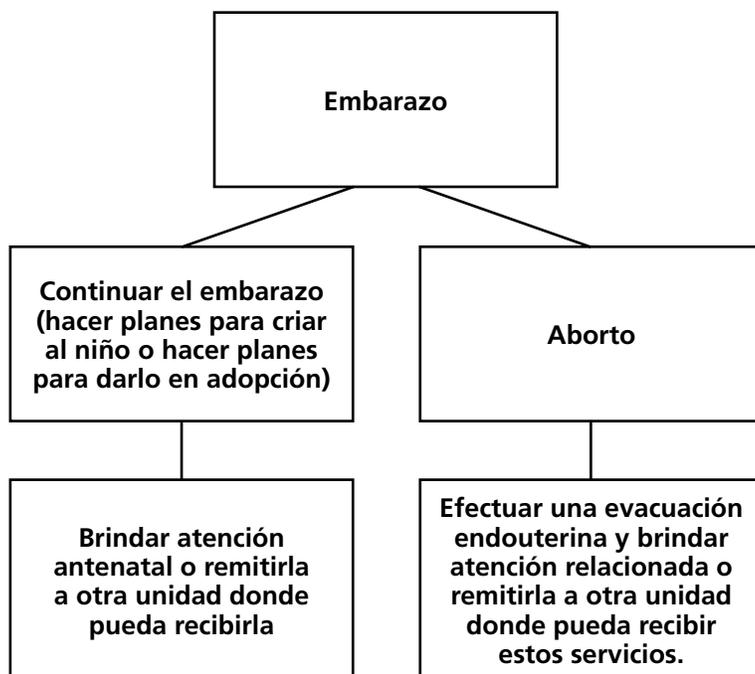
Cuando una joven solicita un aborto, probablemente consideró cuidadosamente sus opciones y decisiones antes de buscar ese servicio. Sin embargo, las mujeres jóvenes quizás necesiten más información para tomar su decisión. Para fines del consentimiento informado, es importante que el personal de consejería estudie el cuadro clínico de la mujer y las opciones a su disponibilidad: llevar el embarazo a término y después criar al niño o darlo en adopción; o interrumpir el embarazo. Se debe permitir que las mujeres jóvenes tomen una decisión libre e informada y se debe respetar esa decisión. Es más probable que el personal de salud respete una decisión con la cual está de acuerdo

(Dickens y Cook 2005), pero es importante que respete la decisión de la joven aun cuando no esté de acuerdo con ella. Si la mujer solicita información, el personal de salud debe asegurarse de que la joven embarazada entienda todas sus opciones, debe ayudarla a examinar cómo su decisión la afectará a ella y a las personas importantes para ella y debe apoyarla en sus decisiones.

Si una tercera parte participa en la consejería, el profesional de la salud primero debe preguntarle a la usuaria en privado si ella desea incluir a la tercera parte en su toma de decisiones. Si ella dice que sí, pero parece estar nerviosa, el personal de salud puede ayudarla a decidir cómo hablar sobre sus sentimientos con la tercera parte. Si dice que no, se debe aceptar su decisión de no incluir a la tercera parte (de Bruyn y Packer 2004). Si la joven debe, por ley, notificar a una tercera parte u obtener su consentimiento y no es elegible para ninguna exención o alternativa, el personal de salud debe explicar esta obligación y ofrecerse a ayudarla a hablar con la tercera parte (Fischer et al. 2007).

La toma de decisiones respecto a la interrupción del embarazo ocurre principalmente en un ámbito clínico (Lee 2004) y la joven puede ser persuadida por la influencia de personas adultas, especialmente de su pareja o alguien con poder sobre ella (Bailey et al. 2004, Brown et al. de próxima aparición). Es posible que esas personas hayan interiorizado estereotipos negativos respecto al embarazo en la adolescencia y la capacidad de las mujeres jóvenes para ser responsables, lo cual podría influir marcadamente en la decisión de la joven de interrumpir su embarazo (Brady et al. 2008). El personal de salud debe hacer preguntas para asegurarse de que la joven no haya sido presionada o forzada por nadie, incluso su pareja, familia, comunidad o amistades, para tomar su decisión. Para asegurarse de que la decisión de la joven sea completamente de ella:

- Reúnase a solas con la mujer primero para sostener una conversación en privado, sin la influencia de otras personas.
- Pídale que explique cuidadosamente su decisión y preste atención a los puntos de vista o deseos personales que ella exprese.
- Esté alerta a palabras que puedan indicar que otras personas influyen en su toma de decisiones, tales como “mi novio cree que yo debería...” o “mi madre quiere que yo...”
- Ella puede tomar en cuenta los puntos de vista o deseos de otras personas, pero debe quedarle claro que su propia vida será la más afectada directamente por su decisión y que ella es quien debe tomar la decisión.



Particularmente en ámbitos donde el aborto es restringido por la ley, las mujeres jóvenes necesitan saber que el aborto seguro es un servicio de salud legítimo y deben ser remitidas a unidades y profesionales de la salud competentes. Una vez que la joven haya tomado una decisión, el personal de salud debe estar preparado para brindarle servicios de aborto, o atención antenatal si la usuaria decide llevar el embarazo a término, que incluya información y referencias relacionadas con apoyo sobre la maternidad, ayuda financiera, el cuidado de los niños, adopción, prevención de la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA y otros temas relacionados con la salud materna (de Bruyn y Packer 2004).

"es visto como que 'eres demasiado joven'... y cuando se les dice, como le dijeron a la joven con quien me reuní hace unos días, 'si ni tan siquiera puedes mantener tu habitación recogida, ¿cómo crees que podrás cuidar a un bebé?' ... fue una voz muy fuerte que le dijo que eso es lo que ella debería hacer."

- consejero (Orady et al. 2008)

6.4 Consejería sobre el aborto

"escúcheme a mí, a nadie más, escúcheme. es mi cuerpo, escúcheme, es mi vida, escúcheme."

- persona joven, reino unido (participation works 2008)

El estigma en torno a la sexualidad de las mujeres jóvenes, las leyes y políticas sobre el consentimiento y el acondicionamiento cultural y social por parte de los padres crean retos específicos en la consejería. Las y los profesionales de la salud que desean ofrecer consejería de alta calidad deben ser conscientes de estas necesidades específicas y deben reconocer sus propias actitudes subyacentes hacia la sexualidad de las mujeres jóvenes, las cuales podrían afectar negativamente la prestación de servicios. Cuando sea posible, una consejera o un consejero de pares jóvenes, o una persona de apoyo elegida por la joven, debe ser quien le brinde consejería (ver Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas). Además, se aconseja tener cuidado y respeto al preguntar a cada persona cómo prefiere ser identificada y al referirse a ella de esa manera, independientemente de su fisiología.

Una consejera o un consejero que trabaja de manera eficiente con las personas jóvenes:

- Tiene la capacidad para entablar una buena relación de comunicación con las mujeres jóvenes y ganarse su confianza;
- Respeta sus diferentes circunstancias de vida;
- Posee excelentes habilidades de comunicación;
- Entiende que las personas jóvenes a veces se comunican de manera diferente a la de las personas adultas;
- Posee conocimientos precisos sobre la salud sexual y reproductiva y las normas, leyes y creencias culturales de la localidad (Fischer et al. 2007).

Cada profesional de la salud debe estar muy consciente de lo siguiente:

Respeto: Cada persona atendida en una unidad de salud debe ser tratada con respeto. El personal de salud debe tratar a las mujeres jóvenes con el respeto que le daría a un

colega, independientemente de su edad, género o cualquier otro factor. Las preguntas, inquietudes y opiniones de una joven respecto a su salud y los servicios de salud que reciba son válidas. Al ofrecer un ambiente clínico en el cual las mujeres jóvenes se sientan a gusto hablando sobre sus aspiraciones e inquietudes, el personal de salud apoyará una comunicación abierta. Además, debe ser consciente de que la joven pudo haber sufrido malos tratos de profesionales de la salud que la atendieron en el pasado, por lo cual ella podría tener desconfianza o miedo de quienes proporcionan servicios de salud. La experiencia de una mujer puede tener una profunda influencia en sus futuros comportamientos en su búsqueda de servicios de salud y en los de otras mujeres con quien ella hable. Cuando haya diferentes opciones de tratamiento disponibles, por ejemplo para los métodos de evacuación endouterina y el manejo del dolor, el personal de salud debe respetar la decisión informada de la joven respecto a su tratamiento preferido.

Un médico visitante observó que una enfermera en Kenia reprendía a una paciente de 16 años de edad, quien tenía una ITS, hasta hacerla llorar. “Veo que piensas que soy un poco dura”, dijo la enfermera. “Así es con estas niñas del interior que no tienen morales. Tengo que asustarlas y funciona.” Cuando se le preguntó cómo sabe que funciona, contestó: “¡Porque nunca regresan!” (OMS 2002)

Interacción y comunicación: La primera acción que debe tomar un/a prestador/a de servicios de salud en la sesión de consejería sobre el aborto es afirmar el paso positivo que dio la joven al buscar atención médica.

Durante las interacciones individuales con las mujeres jóvenes, cada profesional de la salud debe:

- Proporcionar toda la información pertinente sobre las implicaciones de cada opción de tratamiento y ayudar a la mujer a escoger la más adecuada para sus necesidades, contestar sus preguntas completa y francamente, y respetar su decisión aunque no sea la opción que él o ella quería que la joven eligiera. Es probable que todo esto ayude a aumentar la observancia del tratamiento.
- Evitar sermonear o regañar a la joven.
- Hacer una pausa y pensar antes de hacer o decir algo que parezca venir de un sentimiento de ira o juicio. Esto incluye el lenguaje corporal.
- Utilizar un lenguaje corporal positivo y abierto, mirándola de frente, retirando toda barrera física como un escritorio, inclinándose un poco hacia adelante, haciendo contacto visual apropiado y asintiendo con la cabeza.
- Proporcionar información lo más neutral pero afectuosamente posible y escuchar lo que pregunta y desea la joven. Es posible que a las personas jóvenes nunca se les haya preguntado cuáles son sus opiniones y quizás no sepan cómo expresarlas bien. Cada profesional de la salud le debe dar a la joven oportunidades de expresar sus conocimientos y sus opiniones, por medio de preguntas que sugieren las respuestas que desea obtener si es necesario, antes de proporcionar más información.
- Ofrecer un ambiente en el cual tanto la joven como su prestador/a de servicios de salud se sientan cómodos hablando sobre la sexualidad. Si es posible (y cierto), debe tratar de normalizar la conversación diciendo: “He atendido a varias mujeres jóvenes que tienen las mismas inquietudes que usted tiene.”
- Utilizar la tercera persona cuando sea posible, ya que las personas jóvenes posiblemente se sientan más cómodas contestando preguntas indirectas. Por ejemplo, no preguntar “¿Fuma usted cigarrillos?” sino “¿Algunas de sus amistades fuman?” y si la respuesta es sí, preguntar “¿Alguna vez ha fumado con ellas?” y después continuar con preguntas sobre la frecuencia.

- Cuando sea posible, proporcionar información ilustrada e impresa en el idioma de la joven, si ella desea recibirla, además de decírsela.
- Las personas jóvenes posiblemente utilicen diferentes palabras para diversos términos que las que utiliza el personal de salud. Por ello, se debe preguntar a la joven qué palabras utiliza y qué significan, si el personal de salud no entiende esas palabras y luego se debe explicar el significado de los términos médicos comunes, tales como vagina, vulva, coito sexual, aborto, y luego utilizar esos términos durante la consejería (de Bruyn y France 2001).

(De Bruyn y Packer 2004, OMS 2010a)

Confidencialidad: La explicación que dé el personal de salud de la confidencialidad y su cumplimiento con ésta son elementos cruciales de una atención adecuada para las mujeres jóvenes. El personal de salud debe iniciar cada sesión de consejería y consulta asegurándole a la joven que toda la información intercambiada y toda la atención que reciba son confidenciales y no serán compartidas sin su permiso. La administración y el personal de salud deben tener estrictas políticas de confidencialidad y acatarlas de manera que las mujeres jóvenes se sientan seguras cuando busquen servicios, sabiendo que su privacidad será respetada. En vez de enfocarse solo en las infrecuentes circunstancias bajo las cuales podría verse obligado a violar la confidencialidad, el personal de salud debe afirmar claramente su compromiso profesional a mantener confidencialidad. De lo contrario, la joven podría enfocarse solo en el hecho de que el personal de salud puede violar la confidencialidad, lo cual podría aumentar su tensión y temor de que otras personas conozcan su información privada. Se aconseja explicarle a la joven cómo el personal protege la confidencialidad en la unidad de salud.

Educación frente a consejería: Las y los profesionales de la salud deben ser conscientes de que a menudo son vistos como figuras autoritarias. Las mujeres jóvenes quizás se sientan intimidadas y tengan miedo de pedir más información, opciones o servicios; o tal vez acepten las recomendaciones de su prestador/a de servicios de salud aunque éstas las hagan sentir incómodas. Cada profesional de la salud debe invitar explícitamente a las mujeres jóvenes a hacer preguntas y debe solicitar su opinión antes de hacer sugerencias (EngenderHealth e ICW 2006); esto implica invitar a la joven a expresar sus deseos y a pensar sobre las posibles soluciones a sus necesidades de salud, en lugar de solo pedirle que hable sobre sus problemas. Para asegurarse de que la joven entienda la información que recibe, su prestador/a de servicios de salud debe hacerle preguntas que le permitan determinar las brechas en la comprensión. Sin embargo, no debe preguntar “¿Entiende?”, ya que la joven podría sentirse avergonzada de admitirlo si no entiende (Fischer et al. 2007).

La consejería es una interacción estructurada en la cual una persona recibe, por voluntad propia, apoyo emocional y orientación de una persona capacitada, en un ambiente que se presta para compartir abiertamente opiniones, sentimientos y percepciones.

La consejería es...

- *Solicitar los sentimientos y las opiniones de la persona*
- *Aceptar las percepciones y los sentimientos de la persona, sin importar las normas sociales*
- *Respetar la privacidad y confidencialidad de la persona*
- *Centrarse en las necesidades e inquietudes de la persona, no del consejero o la consejera*
- *Comunicarse de manera eficaz*
- *Apoyar a la persona para que tome su propia decisión y la ponga en práctica*
- *Proporcionar información y ayudar a la persona a aplicar esa información para atender sus necesidades y deseos*

La consejería no es...

- *Única o principalmente informar*
- *Dar consejos*
- *Tratar de influir en las actitudes, creencias y comportamientos de la persona al persuadirla, reprenderla, amenazarla u obligarla (Herrick et al. 2004)*

Duración y presentación: Es posible que las mujeres jóvenes hayan tenido poca oportunidad de aprender sobre la salud sexual y reproductiva y, por ende, necesiten más información que las mujeres adultas. Quizás no sepan cómo pedir información, o tal vez se sientan incómodas pidiéndola. Posiblemente necesiten recibir la misma información más de una vez, quizás en diferentes formas. Además, podrían sentirse incómodas hablando sobre temas relacionados con la sexualidad y las relaciones sexuales; por ello, necesitan que se entable una buena relación de comunicación. Debido a estas diferencias, la sesión de consejería tiende a ser más larga que con mujeres de edad más avanzada (de Bruyn y Packer 2004, Fischer et al. 2007).

Sexualidad: Algunas mujeres jóvenes tienen poco o ningún conocimiento de la sexualidad. Al entender su propia sexualidad, las mujeres jóvenes pueden tener una base sólida para tomar decisiones informadas sobre la actividad sexual; a la inversa, las mujeres jóvenes que no están informadas o están mal informadas, confundidas o avergonzadas pueden actuar de una manera que perjudique su salud y su bienestar. La sesión de consejería es una oportunidad para presentar los temas de sexo, género, sexualidad saludable y adolescencia y discutirlos con la joven de una manera adecuada y respetuosa que se preste para entablar un diálogo bidireccional y aprendizaje mutuo. Ésta podría ser la única oportunidad que tenga la joven de entablar este tipo de conversación. Su prestador/a de servicios de salud debe presentar la información de la manera más positiva y natural posible, aunque al igual que otras personas, quizás tenga sus propios prejuicios e inquietudes en cuanto a la sexualidad.

Riesgos frente a beneficios: El profesional de la salud debe proporcionar información completa sobre las posibles complicaciones y efectos secundarios de una manera objetiva, ya que podría ser la única fuente de información correcta que reciba la mujer. La omisión de información es un abuso de la confianza de la joven (Fischer et al. 2007). Su prestador/a de servicios de salud debe ayudarla a comparar los posibles riesgos con

los beneficios identificados para que ella pueda tomar una decisión informada. Podría ser de utilidad comparar los riesgos del aborto seguro o determinado método anticonceptivo con llevar a término el embarazo u otros procedimientos médicos no relacionados con la salud reproductiva. Las mujeres jóvenes quizás tengan dificultad imaginando el nivel de dolor asociado con el aborto o las complicaciones, comparado con una menstruación abundante o el parto; por lo tanto, el profesional de la salud debe dar otros ejemplos de comparación. En la mayoría de las unidades de salud se incluye un lenguaje estándar sobre los riesgos y beneficios de un procedimiento médico como parte de los procesos y formularios de consentimiento informado.

Refutar la información errónea: Una mujer joven podría temer que el aborto le haga daño, basándose en información errónea recibida de personas adultas o pares o por medio de campañas y mensajes contra el derecho a decidir. El profesional de la salud debe estar preparado para refutar esto. Además, las mujeres jóvenes podrían temer que este embarazo sea su única oportunidad de dar a luz, debido a historias que hayan oído respecto a lo impredecible de la fertilidad. El personal de salud debe ser consciente de esto y estar preparado para contestar de manera correcta y completa cualquier pregunta sobre la seguridad. A menudo los hombres también son blanco de las campañas contra el derecho a decidir (Blustain 2008, Ipas 2009a); por lo tanto, las personas que acompañen a las jóvenes posiblemente tengan preguntas o temores también.

"probablemente estaré muy preocupada... se siente como que voy a estar ansiosa... me siento aterrorizada."
 - joven en Suecia hablando sobre su aborto inducido planificado (Hallden et al. 2005)

Referencias: Debido a las barreras que enfrentan al tratar de obtener servicios de salud, las mujeres jóvenes posiblemente utilicen esos servicios con menos frecuencia que las adultas. El personal de salud debe aprovechar la oportunidad de proporcionar cualquier otra información o servicios de salud que necesite la joven, o remitirla a otra unidad de salud donde pueda recibirlos. Por ejemplo: servicios relacionados con el desarrollo físico y psicológico correspondiente a su edad, abuso físico y sexual, drogadicción o alcoholismo, nutrición, visión, ITS y tuberculosis (Ministerio de Salud, Etiopía 2008). Cada profesional de la salud debe saber adónde remitir a las mujeres jóvenes para que reciban servicios que no se ofrecen en su unidad de salud y debe asegurarse de hacer referencias a profesionales de la salud con muchos conocimientos y que atiendan a las mujeres jóvenes con respeto (Fischer et al. 2007).

6.5 Consejería y métodos anticonceptivos postaborto

Las necesidades anticonceptivas de las mujeres jóvenes varían considerablemente. Una joven casada con un hijo, que desea evitar tener un segundo hijo, probablemente tome en consideración diferentes factores que una joven con relaciones sexuales más informales y con mayor riesgo de ITS/VIH. Las mujeres que corren mayor riesgo de contraer VIH deben considerar utilizar condones con otro método anticonceptivo (a menudo conocido como "doble protección") para reducir el riesgo de exposición al VIH a la vez que usa un anticonceptivo con tasas más altas de eficacia que las de los condones en el uso práctico. Las mujeres bajo tratamiento de VIH necesitan recibir información sobre las opciones anticonceptivas con relación a sus regímenes de tratamiento. Algunas jóvenes posiblemente deseen volver a quedar embarazadas inmediatamente y no necesiten anticoncepción. Al brindar consejería y servicios de anticoncepción, es importante preguntar, y no suponer, cuáles son los planes reproductivos inmediatos y a largo plazo de la joven y estructurar la discusión acorde a estos. En la sesión de consejería anticonceptiva se debe incluir información sobre el conocimiento de la fertilidad; se le debe preguntar a la joven qué sabe respecto a su ciclo menstrual y su fertilidad y, según sus conocimientos, se le debe educar respecto a los puntos fértiles e infértiles de su ciclo y que estos son

erráticos si su ciclo es irregular. Las necesidades de privacidad de la joven también pueden influir en su selección de un método anticonceptivo; por ejemplo, los inyectables pueden ser adecuados para una joven con gran necesidad de privacidad, aunque su método preferido sea otro.

El personal de salud debe tener en cuenta que diferentes mujeres presentan diferentes niveles de efectos secundarios con el mismo método anticonceptivo. Se debe tomar en serio todo efecto secundario mencionado aunque no ponga en peligro la salud de la joven. Es útil diferenciar los efectos secundarios de las complicaciones y asegurarles a las usuarias que los efectos secundarios son totalmente reversibles (Ministerio de Salud, Etiopía 2008). Las usuarias que presenten efectos secundarios persistentes e indeseables deben recibir consejería y mejores métodos alternativos.

Al igual que con el aborto, las mujeres jóvenes podrían tener inquietudes respecto a la seguridad o eficacia de los métodos anticonceptivos, las cuales podrían estar basadas en información errónea. Quizás no sepan cómo ocurre el embarazo o cómo evitarlo. Por ejemplo, posiblemente hayan oído decir que no se pueden embarazar si tienen coito sexual en ciertas posiciones, en agua o durante la menstruación. Entre las mujeres jóvenes nigerianas existen bajos niveles de uso de anticonceptivos y una frecuencia relativamente alta de aborto inseguro, que causa muchas complicaciones relacionadas con el aborto, tales como la infertilidad. En un estudio cualitativo se encontró que esto se debe al hecho de que muchas jóvenes creen que la anticoncepción causa futura infertilidad permanente (Otoide et al. 2001). Debido a información errónea como ésta, es importante que el personal de salud explique cómo funciona el método anticonceptivo, su eficacia, los posibles efectos secundarios tales como aumento de peso o sensibilidad en los senos y su incidencia, así como las implicaciones clínicas de esos efectos secundarios a largo plazo. Las y los profesionales de la salud pueden hacer preguntas indirectas tales como “¿Cuáles son algunas de las cosas que dicen sus amistades sobre cómo una puede y no puede quedar embarazada?” y “¿Cuáles son algunas de las cosas que usted ha oído decir sobre este método?” para averiguar si la joven está mal informada. La consejería anticonceptiva debe basarse en la realidad, es decir, debe comenzar por averiguar y discutir las creencias de la usuaria, independientemente de que sean correctas, a fin de evitar el abandono del método. Además, se debe preguntar a la joven cuáles son las barreras que enfrenta al utilizar diferentes métodos anticonceptivos y ayudarla a identificar la opción más adecuada para ella.

“muchas de mis amigas, discutimos las opciones anticonceptivas, pero no soy médica, no soy enfermera. necesitamos que alguien hable con nosotras* una persona culta que nos pueda dar mejores respuestas, con respeto.”
 - joven, estados unidos (latinas de california por la justicia reproductiva 2010).

La disponibilidad de una gran variedad de métodos anticonceptivos está correlacionada con un aumento en la aceptación de un método, tanto entre mujeres jóvenes como adultas (McDougall et al. 2009, OMS 2010a). Además de su método preferido, la joven debe tener la opción de egresar de la unidad de salud con por lo menos una dosis de anticoncepción de emergencia (AE), en caso de un accidente o falla anticonceptiva. En una encuesta de 2560 mujeres escocesas de 16 a 29 años de edad, quienes recibieron píldoras de AE por adelantado, el 84% de las encuestadas relató que era bueno en algunas o todas las circunstancias (Ziebland et al. 2005). Algunos de los beneficios percibidos fueron: conveniencia, uso más rápido con mayor eficacia, reducciones en el tiempo de profesionales médicos, reducciones en el estigma y la vergüenza de obtener AE de médicos generales o centros de planificación familiar, la opción de compartir las píldoras con amigas y la comodidad de “saber que las tienen” si llegaran a necesitarlas.

Terminología: anticoncepción frente a planificación familiar

En este juego de herramientas se utiliza el término “anticoncepción” en lugar de “planificación familiar”. Aunque el término “planificación familiar” es más aceptado culturalmente en algunos lugares, la mayoría de las mujeres jóvenes que reciben servicios de anticoncepción simplemente están tratando de evitar quedar embarazadas y no de planificar una familia. El uso del término “anticoncepción” ayuda a recordarle al personal de consejería que no debe hacer suposiciones respecto a las intenciones reproductivas de las mujeres.

Las mujeres jóvenes, en particular las solteras, tienden a buscar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo en vez de espaciar los nacimientos (la implicación del término “planificación familiar”). Esto también podría ser el caso de mujeres adultas casadas, pero es más probable que suceda entre jóvenes. Sin embargo, “planificación familiar” posiblemente sea el término más aceptado culturalmente para algunos servicios de anticoncepción.

Las directrices de elegibilidad clínica de las mujeres jóvenes para usar anticonceptivos postaborto son las mismas que para las mujeres adultas. Tres métodos tienen implicaciones para las mujeres jóvenes que ameritan discusión adicional: la esterilización, el dispositivo intrauterino (DIU) y los inyectables.

Esterilización

No hay ninguna contraindicación clínica para la esterilización en mujeres jóvenes (OMS 2010b). Sin embargo, las mujeres menores de 30 años de edad son considerablemente más propensas a tener remordimientos después de la esterilización (Curtis et al. 2006, OMS 2010b). Durante la consejería, se debe hacer hincapié en que es un método permanente y se debe aclarar que no hay ningún beneficio adicional por efectuar el procedimiento justo después del aborto comparado con usar un método anticonceptivo que no sea permanente durante un tiempo para asegurarse de que sea el método que ella prefiere. Posiblemente existan leyes y políticas vigentes que afecten la capacidad de la menor para dar su consentimiento para una modificación quirúrgica permanente y que determinen si la esterilización es una opción para menores de edad. El personal de salud debe ofrecer información que se atenga a los hechos y apoyar la decisión informada de la joven.

Métodos anticonceptivos de acción prolongada

La tasa de falla anticonceptiva de los anticonceptivos orales combinados es más alta entre las mujeres jóvenes que las adultas (Dinerman et al. 1995, O’Dell et al. 1998, Templeman et al. 2000); los anticonceptivos de largo plazo que no requieren administración diaria parecen ser más eficaces en la prevención de futuros embarazos (Roberts et al. 2010, Stevens-Simon et al. 2001, Tolaymat y Kaunitz 2007).

Dispositivo intrauterino (DIU): Las mujeres jóvenes reúnen las condiciones médicas necesarias para usar el DIU. No hay contraindicaciones clínicas basadas solo en la edad (OMS 2010b). En algunos países, es menos probable que el DIU sea seleccionado por mujeres jóvenes que por mujeres de edad más avanzada, según encontraron Roberts y colegas y corroboraron los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de varios países, entre ellos Honduras, Burkina Faso y Camboya (INSD y ORC Macro 2004, *National Institute of Public Health* et al. 2006, Roberts et al. 2010, Secretaría de Salud [Honduras]

et al. 2006). No queda claro si esto se debe en parte a la renuencia del personal de salud de ofrecer el DIU a las mujeres jóvenes o a la renuencia de las jóvenes después de recibir información correcta y sin sesgos sobre el método. No obstante, en un estudio realizado en Nueva Zelanda se encontró que las mujeres que egresaban con un DIU colocado eran un 70% menos propensas a regresar para un aborto en los tres años posteriores que aquellas que egresaron con anticonceptivos orales combinados (Roberts et al. 2010). El personal de salud debe proporcionar esta información a cada mujer pero no forzarla a aceptar un DIU si a la joven no le interesa aceptarlo.

Inyectables: Entre los inyectables se encuentran fórmulas solo de progestágeno y fórmulas de estrógeno y progestágeno (“combinados”), como Depo-Provera (AMPD) y Mesigyna y Norigynon (NET-EN). En el mismo estudio realizado en Nueva Zelanda, la AMPD estaba asociada con una disminución de un 40% en la probabilidad de que las mujeres regresaran para un aborto, comparado con los anticonceptivos orales combinados (Roberts et al. 2010).

Ha habido cierta preocupación de que la AMPD disminuya permanentemente la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres jóvenes, ya que disminuye temporalmente la DMO y las adolescentes aún no han alcanzado su pico de masa ósea. En un estudio centrado específicamente en mujeres adolescentes, se encontró que todas tuvieron recuperación total de la DMO en un plazo de 12 meses posteriores al abandono del método y la duración del uso de la AMPD no afectó esta recuperación (Scholes et al. 2005). Sin embargo, en las últimas recomendaciones de la OMS sobre la elegibilidad médica para los anticonceptivos se señala que en la mayoría de los estudios se ha encontrado que las mujeres vuelven a recuperar la DMO después de abandonar la AMPD pero no está claro si el uso en mujeres jóvenes afectará el pico de masa ósea; por lo tanto, el método se incluye en la categoría 2 (“usar el método generalmente”; en comparación, la categoría 1 significa “usar el método en cualquier circunstancia”) para mujeres menores de 18 años de edad (OMS 2010b).

6.6 Atención clínica

La prestación clínica de servicios de aborto para las mujeres jóvenes es, por lo general, la misma que para las adultas. Si tiene preguntas específicas, puede dirigir las a clinicalaffairs@ipas.org. Se deben considerar algunas diferencias clínicas.

Primer examen pélvico

Es posible que éste sea el primer examen pélvico de la joven y que ella esté nerviosa o temerosa. En cuanto a todos los exámenes físicos, asegure que la joven tenga por lo menos privacidad visual y preferentemente privacidad auditiva: es decir, asegúrese de que la joven no sea visible a nadie más que su prestador/a de servicios de salud y su asistente y, de preferencia, que su conversación no pueda ser oída por nadie más. Explique qué le harán y por qué; permítale ver el espéculo si ella quiere verlo y permítale que se deje puesta la ropa que no tenga que quitarse para el examen (dejarse la camisa puesta o un vestido que se pueda levantar). No empiece a examinarla hasta que haya recibido su consentimiento, incluso si una persona adulta ha dado su consentimiento legal en nombre de la joven (OMS 2010a). No la deje desvestida en la sala de examen durante más de unos pocos minutos. Si es posible en su entorno, ofrezca tener presente a una trabajadora de la salud, o a un pariente, una amiga o su pareja, que se pare a su lado y le hable y la apoye durante el examen pélvico, si la joven así lo desea.

Cuando comience el examen pélvico, pida permiso antes de tocarla con la mano o el espéculo. Tóquele la pierna primero y después los labios vaginales. Cuando introduzca el espéculo, pídale que se relaje y que respire lenta y profundamente; pídale que continúe respirando profundamente durante todo el examen. Explique lo que haga en cada etapa y dele un espejo para que ella pueda ver su vagina y cuello uterino si así lo desea. Tenga cuidado de efectuar el examen lo más delicadamente posible para minimizar las molestias y la ansiedad (Ministerio de Salud, Etiopía 2008). Esto puede ser de particular importancia, ya que la impresión de una joven de su primera experiencia ginecológica podría influir en su futuro comportamiento relacionado con la búsqueda de servicios de salud.

Aspiración por vacío

Aunque no se han realizado estudios sobre este tema, el personal de salud posiblemente encuentre que el cuello uterino de una joven, en particular si es nulípara, es más difícil de dilatar que el de una mujer de edad más avanzada y, por ende, requiere un proceso más lento de dilatación. Esto se puede lograr comenzando con un dilatador más pequeño que el tamaño necesario para mujeres con uno o más hijos, o preparando el cuello uterino con misoprostol. Esto último quizás sea protocolo clínico para todos los procedimientos de evacuación endouterina en algunas unidades de salud. Las dosis de anestesia son las mismas que para mujeres de edad más avanzada.

"tenía miedo. hay cuatro personas en el cuarto contigo: el médico, la enfermera, el hombre con la aguja y otra mujer. yo estaba muy nerviosa. obviamente tuve relaciones sexuales, pero tener todas tus entrañas expuestas y tres personas mirándolas, es muy incómodo... yo tenía mucho miedo."
- joven, estados unidos (exhale 2006)

"la enfermera que me tomó de la mano durante el aborto me salvó de tener un verdadero ataque de pánico: me secó el sudor del rostro y me miraba directamente a los ojos. me dijo que iba a estar bien y que no tenía nada de que avergonzarme. también me dijo que hay un momento y un lugar para todo, incluso para tener hijos. cuando el procedimiento se terminó, ella me ayudó a bajarme de la mesa, me lavó, me acompañó a la sala de recuperación y me presentó a las mujeres que estaban ahí."
- joven, estados unidos (exhale 2007)

Aborto con medicamentos

Se ha comprobado que el procedimiento de aborto con medicamentos es seguro, eficaz y aceptable para las mujeres jóvenes, al igual que para las adultas. Los regímenes de dosificación son los mismos que para mujeres de edad más avanzada. Las tasas de eficacia continúan siendo del 83 al 98% en general (Carbonell et al. 2001, Creinin et al. 1999, lpas 2009b, Phelps et al. 2001); además, en dos estudios se ha demostrado que el aborto con medicamentos es un poco más eficaz para el primer embarazo que para subsiguientes embarazos (Chien et al. 2009, LeFebvre et al. 2008). En estudios realizados en Cuba, Sudáfrica, Australia y Estados Unidos, la mayoría de las mujeres jóvenes que escogieron el método de aborto con medicamentos informaron altos o muy altos niveles de satisfacción con el método (Carbonell et al. 2001, Creinin et al. 1999, Ladha 2010, Mamers et al. 1997, Phelps et al. 2001, Velazco et al. 2000) y el 92% de las adolescentes en los estudios realizados en Cuba le recomendarían el método a una amiga (Carbonell et al. 2001, Velazco et al. 2000). Al igual que las mujeres adultas, las mujeres jóvenes a menudo optan por un aborto con medicamentos porque lo perciben como un método más seguro y más natural que el aborto por aspiración (Creinin et al. 1999, Gold y Coupey 1998, Harvey et al. 2001).

El aborto con medicamentos y la percepción del dolor en mujeres jóvenes

Las investigaciones indican que las experiencias de las mujeres jóvenes con el procedimiento de aborto con medicamentos son similares a las de mujeres de edad más avanzada. Sin embargo, en estudios realizados en Cuba, Estados Unidos y el Reino Unido, la percepción del dolor parece estar relacionada con la edad: Se ha encontrado que la percepción del dolor y el uso de analgesia son más altos entre mujeres jóvenes que entre mujeres de edad más avanzada (Hamoda et al. 2004, Ingham y Lee 2008, Velazco et al. 2000, Westhoff et al. 2000a y 2000b). Menor paridad también ha sido asociada con más dolor percibido y/o necesidad de analgesia en Finlandia, Estados Unidos, el Reino Unido y en países incluidos en el estudio multinacional de la OMS (Bartley et al. 2000, Hamoda et al. 2004, Honkanen et al. 2004, Suhonen et al. 2003, Teal et al. 2007, Westhoff et al. 2000a, Westhoff et al. 2000b). La edad no es una contraindicación para el aborto con medicamentos, pero las y los profesionales de la salud que son conscientes de que las mujeres jóvenes podrían ser más sensibles al dolor pueden tomar las medidas necesarias para mejorar la experiencia de aborto de la joven.

Seguimiento

Las mujeres jóvenes prefieren diferentes enfoques de seguimiento debido al acceso a la tecnología de comunicación y a su nivel de adaptación a ésta, así como a factores sociales. Un reciente estudio indica que en los lugares donde la comunicación por mensajes de texto es una práctica común, vale la pena explorarla como un medio eficaz de seguimiento. Entre las mujeres jóvenes a quienes se les recetaron anticonceptivos orales y que recibieron mensajes de texto educativos a diario, las tasas de continuación fueron más altas a los seis meses que entre aquéllas que no recibieron mensajes de texto educativos a diario (Castaño et al. 2010). Se sugiere que en las unidades de salud se prueben innovadores métodos de seguimiento con las mujeres jóvenes.

6.7 Recursos adicionales

Herrick, Jeannine, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en el CD-ROM y en http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_del_aborto_centrada_en_la_mujer_Manual_de_referencia.aspx

Hyman, Alyson G., Teresa McInerney y Katherine Turner. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual del capacitador*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en el CD-ROM o en http://www.ipas.org/Publications/La_atencion_del_aborto_centrada_en_la_mujer_Manual_del_capacitador.aspx?ht=

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2009. *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en el CD-ROM y en http://www.ipas.org/Publications/Transformacion_de_actitudes_respecto_al_aborto_Un_juego_de_herramientas_para_la_aclaracion_de_valores_para_audiencias_mundiales.aspx?ht=

Turner, Katherine, Teresa McInerney y Jeannine Herrick. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual del capacitador*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ejemplos de información errónea

American Life League. Abortion. American Life League. <http://www.all.org/nav/index/heading/OQ/cat/MzQ/>

Campaign Life Coalition. Harm to Women. Campaign Life Coalition. http://www.campaignlifecoalition.com/index.php?p=Harm_to_women

Heritage House. 2005. Abortion as your option. AbortionFacts.com. http://abortionfacts.com/literature/literature_904AO.asp

Respuestas a la información errónea

Ipas. 2010. *Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Fuente: http://www.ipas.org/Publications/Las_evidencias_hablan_por_si_solas_Diez_datos_sobre_aborto.aspx?ht=

Ejemplos de información sobre el primer examen pélvico

Planned Parenthood Federation of America. Pelvic Exam. Planned Parenthood Federation of America. <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/womens-health/pelvic-exam-4306.htm>

CYWH Staff at Children's Hospital Boston. Your First Pelvic Exam. Centre for Young Women's Health. <http://www.youngwomenshealth.org/pelvicinfo.html>

Materiales para las personas que acompañan y apoyan a las mujeres jóvenes

Emily Louise Barcklow D'Amica y Jessica Reyes Sánchez. 2010. *Young Women and their Experiences with Abortion: A guide for Activists*. México: DECIDIR Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual.

Exhale. For Significant Others. Exhale. <http://www.4exhale.org/others.php>

Hope Clinic for Women. For Men. Hope Clinic for Women. <http://hopeclinic.com/formen.html>

Hope Clinic for Women. For Parents. Hope Clinic for Women. <http://hopeclinic.com/forparents.html>

6.8 Referencias bibliográficas

- Bailey, Nicole, Geraldine Brown, Gayle Letherby, Corinne Wilson y Heather Di Marco. 2004. Teenage pregnancy: Medical encounters. *British Journal of Midwifery*, 12(11): 680-5.
- Bartley, Julia, Stephen Tong, Dawn Everington y David T. Baird. 2000. Parity is a major determinant of success rate in medical abortion. A retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62 (6): 297-303.
- Blustain, Sarah. 2008. For the new anti-choice movement, it's all about the men. *The Nation*. <http://www.alternet.org/reproductivejustice/74177/?page=entire>
- Brady, Geraldine, Geraldine Brown, Gayle Letherby, Julie Bayley y Louise M. Wallace. 2008. Young women's experience of termination and miscarriage: A qualitative study. *Human Fertility*, 11(3): 186-90.
- Brown, Geraldine, Geraldine Brady, Corinne Wilson y Gayle Letherby. De próxima aparición. "Teenage pregnancy and young parenthood: Questioning the inevitability of risk, lone motherhood and social exclusion." En *Trusting New Labour: Perceptions, policy and practice*, ed. N. Johns y A. Barton. Nueva York: Edwin Mellen Publisher.
- Carbonell, José Luis, A. Velazco, Lidia Varela, R. Tanda, Carlos Sánchez, Santiago Barambio, S. Chami, Francisco Valero, S. Aragón y J. Mari. 2001. Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1): 39-45.
- Castaño, P. R.A. Martínez, M. Lara y C.L. Westhoff. 2010. TXT Now 2 Decrease Pregnancies L8R: A randomized control trial to evaluate the effect of daily educational text messages on oral contraceptive continuation in Young urban women. Presentado en Salud Reproductiva 2010, Atlanta, Georgia.
- Chien, Li-Wei, Wei-Min Liu, Chii-Ruey Tzeng y Heng-Kien Au. 2009. Effect of previous live birth and prior route of delivery on the outcome of early medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 113(3): 669-74.
- Creinin, Mitchell D., Ellen Wiebe y Melanie Gold. 1999. Methotrexate and misoprostol for early abortion in adolescent women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 12 (2): 71-7.
- Curtis, Kathryn M., Anshu P. Mohllajee y Herbert B. Peterson. 2006. Regret following female sterilization at a young age: A systematic review. *Contraception*, 73 (2): 205-10.
- De Bruyn, Maria y Nadine France. 2001. *Género o sexo: ¿a quién le importa? Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes*. Chapel Hill: Ipas.
- De Bruyn, Maria y Sarah Packer. 2004. *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill: Ipas.
- Dickens, Bernard M. y Rebecca J. Cook. 2005. Adolescents and consent to treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89: 179-84.
- Dinerman, Linda M., Michelle D. Wilson, Anne K. Duggan y Alain Joffe. 1995. Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs. oral contraceptives or other contraceptive methods. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149 (9): 967-72.
- EngenderHealth e ICW. 2006. *Sexual and Reproductive Health for HIV Positive Women and Adolescent Girls: Manual for Trainers and Program Managers*. Nueva York: EngenderHealth.
- Exhale. 2006. *Our Truths*. No. 2. Oakland, CA: Exhale.
- Exhale. 2007. *Our Truths*. No. 3. Oakland, CA: Exhale.

- Fischer, Suzanne, Heidi Reynolds, Irina Yacobson, Barbara Barnett y Jane Schueller. 2007. HIV Counseling and Testing for Youth: A manual for providers. Research Triangle Park, Carolina del Norte: Family Health International.
- Gold, Melanie A. y Susan M. Coupey. 1998. Attitudes of inner-city female adolescents toward medical and surgical abortion. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 11 (3): 127-31.
- Halldén Britt-Marie, Kyllike Christenson y Pia Olsson. 2005. Meanings of being pregnant and having decided on abortion: Young Swedish women's experiences. *Health Care for Women International*, 26: 788-806.
- Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gilliam M.M. Flett y Allan Templeton. 2004. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG*, 111 (9): 996-1000.
- Harvey, S. Marie, Linda J. Beckman y Sarah J. Satre. 2001. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among US clinic patients. *Family Planning Perspectives*, 33 (5): 212-6.
- Herrick, Jeannine, Katherine Turner, Teresa McInerney y Laura Castleman. 2004. *La atención postaborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Honkanen, Helena, Gilda Piaggio, Helena von Hertzen, Gyorgy Bártfai, Radnaabazar Erdenetungalag, Kristina Gemzell-Danielsson, Sarala Gopalan, Mihai Horga, Fridtjof Jerve, Suneeta Mittal, Nguyen Thi Nhu Ngoc, Alexandre Peregoudov, R.N.V. Prasad, Alenka Pretnar-Darovec, Rashmi S Shah, Si Song, Oi Shan Tang y Shang Chun Wu. 2004. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 111 (7): 715-25.
- Ingham, Roger y Ellie Lee. 2008. Evaluation of early medical abortion (EMA) pilot sites: Final report. Londres: Departamento de Salud, Reino Unido.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland : INSD et ORC Macro.
- Ipas. 2009. *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo: Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ipas. 2010. *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Ladha, Sophia. 2010. Comunicación personal.
- Latinas de California por la Justicia Reproductiva. 2010. *Young Women Speak Out! Perspectives and Implications of Reproductive Health, Rights and Justice Policies*. Los Angeles, CA: Latinas de California por la Justicia Reproductiva.
- Lee, Ellie. 2004. Young women, pregnancy and abortion in Britain: A discussion of law 'in practice'. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 18: 283-304.
- LeFebvre, Phillipe, Martine Cotte, Nicole Monniez y Gerard Norel. 2008. The role of parity in medical abortion up to 49 days of amenorrhoea. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13 (4): 404-11.
- Mamers, Pam M., Anna L. Lavelle, Amanda J. Evans, Sandra M. Bell, Jen R. Rusden y David L. Healy. 1997. Women's satisfaction with medical abortion with RU486. *Medical Journal of Australia*, 167: 316-7.
- McDougall, Janna, Tamara Feters, Kathryn Andersen Clark y Tung Rathavy. 2009. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Studies in Family Planning*, 40 (2): 123-32.

Ministerio de Salud, Etiopía. 2008. *National comprehensive reproductive health services for adolescents and youth: Participant's manual*. Addis Abeba, Etiopía: Ministerio de Salud, Etiopía.

National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Camboya] y ORC Macro. 2006. *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh, Camboya y Calverton, Maryland, EE. UU.: National Institute of Public Health, National Institute of Statistics y ORC Macro.

O'Dell, Christine M., Christine M. Forke, Margaret M. Planeczky, Stven J. Sondheimer y Gail B. Slap. 1998. Depot medroxyprogesterone acetate or oral contraception in postpartum adolescents. *Obstetrics and Gynecology*. 91 (4): 609-14.

Organización Mundial de la Salud. 2002. *Adolescent friendly health services: An agenda for change*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. 2010a. Adolescent job aid: A Handy desk reference tool for primary level health workers. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. 2010b. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Cuarta edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Otoide, Valentine O., Frank Oronsaye y Friday E. Okonofua. 2001. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: Evidence from focus-group discussions. *International Family Planning Perspectives*. 27 (2): 77-81.

Participation Works. 2008. *Top tips for participation: What disabled Young people want*. Londres: Participation Works.

Phelps, Rachael H., Eric A. Schaff y Stephen L. Fielding. 2001. Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, 64 (6): 339-43.

Roberts, Helen, Martha Silva y Sylvia Xu. 2010. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82 (3): 260-5.

Scholes, Delia, Andrea Z. LaCroix, Laura E. Ichikawa, William E. Barlow y Susan M. Ott. 2005. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159: 139-44.

Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. 2006. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro International.

Stevens-Simon, Catherine, Lisa Kelly y Rachael Kulick. 2001. A village would be nice but... it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*. 21 (1): 60-5.

Suhonen, Satu, Oskari Heikinheimo, Marja Tijja y Maija Haukkamaa. 2003. The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy – first-year results from the Helsinki area. *Contraception*, 67 (3): 223-7.

Teal, Stephanie B., Angela Dempsey-Fanning y Carolyn Westhoff. 2007. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75 (3): 224-9.

Templeman, Claire L., Vernon Cook, Jane Goldsmith, Jacqueline Powell y S. Paige Hertweck. 2000. Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (5): 770-6.

Tolaymat, Lama L. y Andrew Kaunitz. 2007. Long-acting contraceptives in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 19: 453-60.

Turner, Katherine L. y Kimberly Chapman Page. 2009. *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Velazco, A., Lidia Varela, R. Tanda, C. Sánchez, Santiago Barambio, S. Chami, Francisco Valero, S. Aragón, J. Mari y José Luis L. Carbonell. 2000. Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5 (4): 227-33.

Westhoff, Carolyn, Radhika Dasmahapatra, Beverly Winikoff y Shelley Clarke. 2000a. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. *Contraception*, 61 (3): 225-9.

Westhoff, Carolyn, Radhika Dasmahapatra y Eric Schaff. 2000b. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62 (6): 311-4.

Ziebland, Sue, Sally Wyke, P. Seaman, K. Fairhurst, J. Walker y A. Glasier. 2005. What happened when Scottish women were given advance supplies of emergency contraception? A survey and qualitative study of women's views and experiences. *Social Science and Medicine*, 60 (8): 1767-79.

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 6

HERRAMIENTA 6A: Hoja sobre cómo asegurar la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados

HERRAMIENTA 6B: A través de sus ojos: experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto

HERRAMIENTA 6C: Habilidades de consejería

HERRAMIENTA 6D: Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes

HERRAMIENTA 6E: Encuesta sobre la percepción que tienen las mujeres jóvenes de los servicios de aborto

HERRAMIENTA 6F: Ejemplo de un cartel

herramientas

Herramienta 6A: Hoja sobre cómo asegurar la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados

Actitudes del personal de salud

Ofrecer servicios en un ambiente en el cual se han examinado cuidadosamente las creencias sobre género, edad, sexualidad y aborto.

Consejería sobre las opciones

Asegurarse de que nadie forzó a la joven a tomar su decisión y de que ella entiende las tres opciones: llevar el embarazo a término y criar al niño, dar al bebé en adopción o interrumpir el embarazo. Respetar su decisión aunque no esté de acuerdo.

Consejería sobre el aborto

Respeto

- Las preguntas, inquietudes y opiniones de la joven respecto a su salud y servicios de salud son válidas.

Interacción y comunicación

- Afirmar el paso positivo que dio la joven al buscar atención médica.
- Acogerla sin prejuicios o ira y sin juzgarla; esto se aplica también al lenguaje corporal.
- Dejarla hablar antes de proporcionarle más información.
- Hacer preguntas indirectas.
- Explicar el significado de los términos médicos comunes. Preguntarle qué palabras usa ella.
- Respetar su decisión.

Confidencialidad

- Explicar y discutir los aspectos de la confidencialidad.

Educar frente a brindar consejería

- Invitar a la joven a hacer preguntas y solicitar su opinión antes de hacer sugerencias.
- Hacer preguntas para determinar si hay brechas en su comprensión.

Duración y presentación

- La consejería podría demorar más con las mujeres jóvenes que con adultas.

Sexualidad

- Discutir con objetividad los conceptos de sexo, género, sexualidad saludable y adolescencia.

Riesgos frente a beneficios

- Refutar directamente la información errónea sobre los riesgos del aborto.
- Ayudarla a comparar los posibles riesgos con los beneficios que ella identificó para sí misma.

Referencias

- Ofrecerle la información y los servicios de salud que necesite o remitirla a otra unidad de salud donde pueda recibirlos.

Consejería y métodos anticonceptivos postaborto

- Preguntarle cuáles son sus metas reproductivas y estructurar el resto de la conversación para ayudarla a alcanzar esas metas.
- Recordar que las necesidades de privacidad de la joven pueden influir en su selección del método anticonceptivo.
- Ofrecer a todas las mujeres jóvenes la opción de egresar de la unidad de salud con por lo menos una dosis de anticoncepción de emergencia.

Efectos secundarios

- Al discutir los efectos secundarios, diferenciarlos de las complicaciones.

Inquietudes respecto a la seguridad

- Informar sobre la seguridad de los métodos y abordar las inquietudes.

Elegibilidad clínica

Las directrices son las mismas tanto para las mujeres jóvenes como para las adultas.

- Esterilización: No hay contraindicación clínica, pero las mujeres jóvenes son considerablemente más propensas a sentir remordimiento después de la esterilización.
- Inyectables: Debido a las inquietudes sobre la masa ósea, la OMS los clasifica bajo la categoría 2 (“usar el método”) para las mujeres menores de 18 años de edad.

Atención clínica

Por lo general, es la misma que para las mujeres adultas.

Primer examen pélvico

Es posible que éste sea el primer examen pélvico de la joven y que ella esté nerviosa o temerosa.

- Asegurar que la joven tenga por lo menos privacidad visual y preferentemente privacidad auditiva.
- Explicar qué le hará en cada etapa.
- Efectuar el examen lo más delicadamente posible.

Aspiración por vacío

- Es más probable que una mujer nulípara tenga el cuello uterino apretado y por lo tanto requiera un proceso más lento de dilatación.

Aborto con medicamentos

Seguro, eficaz y aceptable para las mujeres jóvenes, con las mismas dosis.

- Se ha comprobado que la percepción de dolor y el uso de analgesia son más altos entre mujeres jóvenes que entre mujeres de edad más avanzada.

Seguimiento

- La comunicación por mensajes de texto puede ser un medio eficaz de seguimiento.

Herramienta 6B: A través de sus ojos: experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Entender la gran variedad de experiencias que las mujeres jóvenes pueden tener en situación de aborto.
- Identificar las suposiciones que podría tener respecto a las experiencias de las mujeres jóvenes en situación de aborto.
- Reconocer cómo sus suposiciones podrían afectar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.



Materiales

- 12 carteles (en PowerPoint, impresos), rotafolio, marcadores, cinta adhesiva, papel y bolígrafos



Tiempo

10 minutos: Introducción y anotación en silencio, Parte 1

15 minutos: Recorrido por la galería y anotación en silencio, Parte 2

20 minutos: Discusión

45 minutos en total



Preparativos

- Imprimir los 12 carteles en PowerPoint.



Instrucciones

1. Informe al grupo de participantes que en esta actividad explorarán y discutirán las experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto.
2. Entregue un bolígrafo y papel a cada participante. Pídales que reflexionen sobre cómo creen que una joven que recibe servicios de aborto en su unidad de salud describiría su experiencia. Infórmeles que tienen unos minutos para escribir sus ideas. Usted podría decir:
 - *Imagínense a una joven que recibe servicios de aborto en su unidad de salud. ¿Cómo creen ustedes que ella describiría su experiencia? Por favor tomen unos minutos para escribir sus ideas.*

3. Después de cinco minutos, pregunte si alguien quiere compartir sus ideas. Escriba sus respuestas en una hoja de rotafolio.
4. Fije en las paredes del cuarto los 12 carteles en PowerPoint. Dígalos que los carteles son citas textuales, dibujos e historias de mujeres jóvenes sobre sus experiencias o percepciones del aborto. Recuérdeles que son solo ejemplos y que no representan los puntos de vista y las experiencias de todas las mujeres. Invite a cada participante a hacer un recorrido de la galería alrededor del cuarto.
5. Cuando hayan tenido la oportunidad de ver todos los carteles, pídale que se sienten y reflexionen sobre las experiencias y percepciones de las mujeres jóvenes. Concédales cinco minutos para escribir sus reflexiones.
6. Después de cinco minutos, invite a algunas personas a compartir sus ideas sobre las experiencias de las mujeres jóvenes. Escriba sus respuestas en una hoja de rotafolio. Podría utilizar las siguientes preguntas para guiar la discusión.
 - *Gracias por realizar el recorrido de la galería. Por favor tomen cinco minutos para escribir sus reflexiones sobre las experiencias y percepciones de estas jóvenes respecto al aborto.*
 - *¿Qué observaron acerca de las experiencias de las mujeres jóvenes? ¿Y qué tal de las percepciones de las mujeres jóvenes respecto al aborto?*
 - *¿Qué les hicieron pensar o sentir?*
 - *¿Qué observan cuando comparan sus ideas anteriores con estas experiencias y percepciones?*
7. Pregúnteles si creen que el grupo hizo suposiciones sobre las experiencias de las mujeres jóvenes y, en caso afirmativo, por qué hicieron esas suposiciones y qué efecto pueden tener en la calidad de la atención. Podría utilizar las siguientes preguntas para la discusión:
 - *¿Creen que el grupo hizo suposiciones respecto a las experiencias de las mujeres jóvenes con los servicios de aborto? ¿Cuáles fueron esas suposiciones?*
 - *¿Creen que las y los profesionales de la salud en general hacen suposiciones sobre las experiencias de las mujeres jóvenes con los servicios de aborto? ¿Cuáles son esas suposiciones?*
 - *¿Por qué creen que hacen esas suposiciones?*
 - *¿Por qué les debe importar las experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto?*
 - *¿Qué efectos podrían tener esas suposiciones sobre las experiencias de las mujeres jóvenes en la calidad de la atención que reciben?*

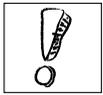
Nota para el equipo facilitador: Sería de utilidad recordarle al grupo de participantes que los roles de género tradicionales y las dinámicas de poder social pueden afectar las suposiciones sobre las experiencias de las mujeres jóvenes. Por ejemplo, en muchas comunidades, algunas personas creen que una mujer, en particular una joven, debería estar agradecida por ser atendida por un/a prestador/a de servicios de salud y, por lo tanto, quizás no se valore su experiencia. Las y los profesionales de la salud posiblemente creen que las acciones que causaron su necesidad de tener un aborto significan que la joven no se merece tener una buena experiencia. Reitere que las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir servicios de aborto seguro de alta calidad y que una experiencia positiva puede tener un impacto positivo en futuros comportamientos relacionados con la búsqueda de atención médica tanto para ella como para otras mujeres que ella conoce.

8. Resuma algunos de los puntos principales de la discusión. Recalque que las mujeres jóvenes tienen una gran variedad de experiencias con los servicios de aborto y que el personal de salud desempeña un papel fundamental en asegurar que esas experiencias sean positivas.
9. Pregunte si alguien tiene opiniones finales sobre esta actividad.
10. Agradezca a las personas por su participación en esta actividad.

Algunas de las diapositivas en PowerPoint utilizadas en esta actividad provienen de:

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). 2010. I decide: Young women's journeys to seek abortion care. Londres, Reino Unido: IPPF.

Herramienta 6C: Habilidades de consejería



Propósito

Esta actividad ayuda a cada participante a identificar los aspectos importantes de la consejería sobre el aborto brindada a las mujeres jóvenes, y le da la oportunidad de practicar esas habilidades y recibir retroalimentación para mejorar su desempeño en el trabajo.



Objetivos

Al final de esta actividad, cada participante podrá:

- Identificar las fortalezas y debilidades en una sesión de consejería sobre el aborto.
- Dar retroalimentación a otras personas sobre sus habilidades de consejería.
- Utilizar la retroalimentación de otras personas para mejorar sus propias habilidades de consejería.



Materiales

- Rotafolio o pizarra y bolígrafos o tiza
- Copias de las Representaciones de juegos de roles sobre la consejería, Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes (Herramienta 6D) y Plan para mejorar las habilidades de consejería, para cada participante.



Tiempo

5 minutos: Introducción

20 minutos: Demostración y discusión del primer juego de roles

20 minutos: Reformular las declaraciones

20 minutos: Demostración y discusión del segundo juego de roles

55 minutos: Práctica y conclusión del juego de roles

2 horas en total



Preparativos

Solicitar dos participantes que harían un buen trabajo representando el papel de consejera o consejero y de una mujer joven en un juego de roles que demuestre tanto las habilidades de consejería eficaces como las ineficaces. Otra opción sería pedir a un/a educador/a de pares que represente el papel de la joven. Mucho antes de programar esta actividad, pídeles que participen, entrégueles las representaciones y discutan a fondo cómo demostrar el juego de roles, incluyendo los límites de tiempo.



Instrucciones

1. Presente la actividad recalcando la importancia de una consejería eficaz sobre el aborto, que se adapte a las necesidades de las mujeres jóvenes. Pídale que se remitan a las secciones sobre opciones y consejería sobre el aborto en el Módulo 6 del juego de herramientas y repasen lo siguiente:
 - Las necesidades clínicas de las mujeres jóvenes en situación de aborto son, en su mayoría, similares a las de las adultas, pero su vida y circunstancias sociales podrían ser muy diferentes, lo cual afecta la naturaleza de la consejería que se les brinda sobre el aborto.
 - Cada profesional de la salud debe ser muy consciente de sus propias actitudes subyacentes hacia la sexualidad de las mujeres jóvenes, las cuales podrían afectar la consejería de manera negativa.
 - Cuando sea posible, se les debe ofrecer a las mujeres jóvenes la opción de que reciban consejería de la persona de apoyo que ellas elijan, o de una consejera o un consejero de pares jóvenes.
 - Una consejera o un consejero que trabaja de manera eficaz con las personas jóvenes tiene la capacidad de entablar una buena relación de comunicación y ganarse su confianza, respeta sus diferentes circunstancias de vida, tiene excelentes habilidades de comunicación, entiende que las personas jóvenes se comunican de manera diferente a las personas adultas y tiene buenos conocimientos de la salud sexual y reproductiva y las normas, leyes y creencias culturales de la localidad.
 - Al inicio de la sesión de consejería, cada profesional de la salud debe asegurarse a la joven que le proporcionará el servicio pero que antes deben intercambiar cierta información.
 - Cada profesional de la salud debe ser particularmente sensible a lo siguiente:
 - Respeto
 - Interacción y comunicación
 - Confidencialidad
 - Educar frente a brindar consejería
 - Duración y presentación
 - Sexualidad
 - Riesgos frente a beneficios
 - Refutar información errónea
 - Referencias
 - Participación de la pareja u otra persona
2. Infórmeles que primero observarán una demostración de juego de roles de la sesión de consejería sobre el aborto brindada a una joven. Las personas designadas representarán los papeles de consejera (o consejero) y mujer joven.
3. Distribuya y repase el contenido de la Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes (Herramienta 6D), destacando las principales áreas de habilidades:
 - Una buena relación de comunicación positiva y un enfoque centrado en la mujer
 - Comunicación verbal y no verbal
 - Empatía
 - Privacidad y confidencialidad
 - Profesionalismo

lpas Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación

- Contenido específico al aborto
 - Recursos y referencias
4. Pídale que indiquen la eficiencia de la consejera o el consejero en estas principales áreas de habilidades según vayan observando el juego de roles.
 5. Al final del juego de roles, haga las siguientes preguntas al grupo y escriba todas las respuestas en la hoja de rotafolio:
 - *¿Qué observaron que sucedió en este juego de roles?*
 - *¿Qué observaron acerca de la experiencia de la joven en esta sesión de consejería?*
 - *¿Qué observaron acerca de la consejera o el consejero?*
 6. Fije en la pared una hoja de rotafolio con tres columnas tituladas *Eficaz*, *No eficaz* y *Cómo mejorar*. Diga que, basándose en la discusión anterior, deben indicar lo que la consejera o el consejero hizo y dijo, que fue eficaz y lo que no fue eficaz, y cómo puede mejorar sus habilidades.
 - Primero pregúnteles qué hizo y dijo la consejera o el consejero que fue eficaz, y escriba cada respuesta bajo la columna *Eficaz*. Luego pregúnteles qué hizo y dijo la consejera o el consejero que no fue eficaz, y escriba cada respuesta bajo la columna *No eficaz*. Una vez que tenga la lista de lo que no fue eficaz, pídale que indiquen cómo puede mejorar cada área de habilidades.
 - Asegúrese de que mencionen los principales puntos de la Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes (Herramienta 6D). También convendría que se remitan a los Módulos 5 y 6.
 7. Dígales que van a practicar formular la información sobre la salud sexual y reproductiva de una manera positiva. Dé ejemplos, tales como los siguientes:
 - Formulada de manera negativa: *Usted no usó anticonceptivos para evitar este embarazo no deseado y ahora quiere que realicemos un aborto.*

Formulada de manera positiva: *Me alegro de que, una vez que se dio cuenta de que tenía un embarazo no deseado, haya dado los pasos para acudir aquí y recibir servicios de aborto seguro.*
 - Formulada de manera negativa: El procedimiento es muy doloroso; por lo tanto, le daremos medicamentos para el dolor.

Formulada de manera positiva: Colaboraremos con usted para ayudarla a sentirse cómoda y segura. Algunas mujeres sienten poca o ninguna molestia, mientras que para otras es muy doloroso. Le daremos medicamentos para el dolor y tomaremos otras medidas para reducir sus molestias, y usted nos puede decir si necesita algo más.
 - Divida al grupo de participantes en parejas y concédales 10 minutos para reformular las declaraciones negativas de una manera más positiva. A continuación se presentan algunos ejemplos negativos:
 - La sexualidad saludable se trata de protegerse a sí misma de enfermedades y un embarazo no deseado.
 - Usted debería hablar con sus padres sobre este embarazo, porque es demasiado joven para tomar una decisión importante sobre el aborto por su cuenta.
 - Una vez que tenga el aborto, verá por qué debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se case y esté preparada para tener un bebé.
 - Usted debe decirle a su novio que, cuando él quiera tener relaciones sexuales con usted, debe usar un condón para que usted no contraiga una infección ni quede embarazada.
 - Probablemente se le olvide tomarse la píldora y vuelva a quedar embarazada; por lo tanto, debe obtener un método anticonceptivo de largo plazo.

8. Vuelva a reunir al grupo en plenaria y, por cada declaración negativa, solicite que 1 ó 2 parejas compartan su declaración formulada de manera positiva. A continuación se presentan algunos ejemplos positivos:
 - *La sexualidad saludable significa que usted puede expresar su sexualidad de una manera positiva y placentera, tener oportunidades de conocer el amor y la intimidad y tener información correcta y acceso a servicios de salud correspondientes para poder tomar buenas decisiones para protegerse de problemas de salud.*
 - *La decisión de tener un aborto es importante. ¿Ha pensado en hablar con una persona adulta de su confianza que usted crea que pueda apoyarla y no imponer sus propios puntos de vista? Puedo ayudarla a ensayar esa conversación, si usted quiere.*
 - *Es difícil saber ahora cómo se sentirá respecto a tener relaciones sexuales después del aborto. Hablemos sobre cómo usted puede protegerse de otro embarazo no deseado antes que decida volver a tener relaciones sexuales.*
 - *Puede ser difícil hablar con una pareja sexual sobre el uso de anticonceptivos y la prevención de ITS antes de tener relaciones sexuales. ¿Le gustaría ensayar esa conversación y determinar cómo puede asegurarse de protegerse para que pueda sentirse segura y disfrutar?*
 - *¿Qué tan buena es su memoria para acordarse de hacer otras cosas a diario? Si usted cree que podría olvidarse de tomar una píldora todos los días, puede pensar en usar un método anticonceptivo de largo plazo u otro método anticonceptivo.*
9. Informe al grupo de participantes que ahora regresaremos a la demostración del juego de roles sobre la consejería. Esta vez la persona que representa el papel de consejera (o consejero) mejorará las debilidades identificadas en el primer juego de roles, incorporando las habilidades eficaces que mencionaron las y los participantes, así como sugerencias sobre cómo formular la información de una manera positiva.
10. Pídale que observe el segundo juego de roles y que tome en cuenta la eficiencia de la consejera o el consejero para demostrar las habilidades mencionadas en la Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes.
11. Al final del juego de roles, pídale que indiquen lo que la consejera o el consejero hizo y dijo que fue eficaz y cuáles son las habilidades que aún debe mejorar. Escriba todas las respuestas en una hoja de rotafolio.
12. Infórmeles que ahora tendrán la oportunidad de practicar, por medio de juegos de roles, sus habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes.
 - Explique que se dividirán en grupos de tres: una persona representará el papel de la joven, otra el de consejera o consejero y la tercera persona será observador/a.
 - Pídale que lean la Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes antes de empezar. La persona que represente el papel de la joven puede seleccionar una representación de las Representaciones del juego de roles sobre consejería.
 - La consejera (o el consejero) y la joven llevarán a cabo el juego de roles durante 10 minutos, mientras que el/la observador/a evalúa el juego de roles utilizando la Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes.
 - Al final de cada juego de roles, los grupos tomarán cinco minutos para realizar la evaluación. Los consejeros realizarán una autoevaluación de las habilidades de consejería que creen que desempeñaron bien y las áreas que deben mejorar. Las personas que representaron el papel de observador/a y el papel de la joven utilizarán la lista de verificación para dar retroalimentación a los consejeros.
 - Después, los grupos cambiarán de papeles y llevarán a cabo dos juegos de roles más, permitiendo a cada persona la oportunidad de representar el papel de consejera o consejero, joven y observador/a.
13. Monitoree el tiempo de cerca durante la práctica de los juegos de roles e indique cuándo deben los grupos hacer la transición de los juegos de roles a la evaluación durante cada uno de los tres juegos de roles.

14. Vuelva a reunir al grupo en plenaria y discuta la actividad con las siguientes preguntas:
 - *¿Cuáles fueron los aspectos más importantes de la consejería que surgieron?*
 - *¿Cómo se sintieron las jóvenes respecto a la consejería que recibieron?*
 - *¿Cuáles fueron las habilidades que los consejeros desempeñaron bien?*
 - *¿Cuáles fueron las habilidades de consejería que necesitaban más mejoras?*
 - *¿Cuáles son algunos de los retos en brindar consejería eficaz a las mujeres jóvenes?*
 - *¿Cuáles son las medidas que tomaremos para mejorar nuestras habilidades para brindar consejería a las mujeres jóvenes?*
15. Distribuya la hoja titulada “Plan para mejorar las habilidades de consejería” y pídale que llenen el formulario en 10 minutos. Deben identificar las mejoras de habilidades necesarias y los planes para mejorarlas. Pídale que utilicen estos planes para mejorar sus habilidades una vez que regresen a la unidad de salud donde trabajan.
16. Solicite y discuta con el grupo de participantes preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo por su participación.

Representaciones de los juegos de roles sobre la consejería

Representación 1

Mariana es una joven casada de 17 años de edad, quien tuvo un aborto por aspiración manual endouterina (AMEU) el año pasado. Está embarazada de nuevo. Le dice que no quiere continuar con el embarazo y desea tener un aborto, pero teme tener otra AMEU. Dice que estaba usando la píldora cuando quedó embarazada. Su esposo, quien le lleva un año, la acompañó al centro de salud y está preocupado sobre su salud.

Representación 2

Anita es una joven soltera de 14 años de edad, quien llega al centro de salud con su tutor. Su tutor dice que ella necesita un aborto porque no puede cuidar a un niño. Anita se siente muy insegura y temerosa en cuanto al procedimiento.

Representación 3

May es una joven soltera de 14 años de edad, quien es refugiada en su país. Ella fue violada en el campamento de refugiados y quedó embarazada. No quiere continuar con el embarazo. Su familia no está enterada de la violación ni del embarazo. Ella no puede pedirle a su familia que la apoye porque renegarían de ella si se enteran que fue violada. May se pregunta si en el centro de salud la pueden ayudar.

Representación 4

Zahera es una joven de 17 años de edad, que acude a su centro de salud para tener un aborto con medicamentos. Le dice que todavía no quiere tener un bebé, pero ella cree que si tiene un aborto, quizás nunca pueda volver a quedar embarazada.

Representación 5

Hope es una mujer casada de 22 años de edad, quien es VIH-positiva. Es muy tímida y parece estar intimidada por el consejero. Dice que ella y su esposo tienen muchos deseos de tener un bebé, pero creen que ella debería interrumpir el embarazo porque no quieren que el bebé se infecte con el VIH.

Plan para mejorar las habilidades de consejería

Instrucciones: Escriba en las casillas correspondientes las habilidades de consejería que no desempeña bien habitualmente y después llene las casillas restantes para cada habilidad. Debe identificar la habilidad deseada, el mejoramiento necesario y los planes para mejorar.

Habilidad	Habilidad que no desempeña bien habitualmente	Habilidades y prácticas deseadas	Mejoramiento necesario	Planes para mejorar
Buena relación de comunicación positiva y enfoque centrado en la mujer				
Comunicación verbal				
Comunicación no verbal				
Empatía				
Privacidad y confidencialidad				
Profesionalismo				
Contenido específico al aborto				
Recursos y referencias				
Grupos especiales de la población en el ámbito de servicios de aborto				

De: Hyman, Alyson G., Teresa McInerney y Katherine Turner. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual del capacitador*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Herramienta 6D: Lista de verificación de habilidades para brindar consejería sobre el aborto a las mujeres jóvenes

Instrucciones para la autoevaluación: Marque la casilla “sí” o “no” dependiendo de si usted demuestra habitualmente cada habilidad durante sus sesiones de consejería y escriba sus comentarios.

Instrucciones para la observación: Observe y evalúe silenciosamente la sesión de consejería. No interactúe verbal o no verbalmente con la mujer o la consejera (o el consejero). Marque la casilla “sí” o “no” dependiendo de si la consejera (o el consejero) demuestra con eficiencia cada habilidad durante la sesión de consejería y escriba sus comentarios. Al final de la sesión, discuta su evaluación y sus comentarios con la consejera (o el consejero) en privado.

Buena relación de comunicación positiva y enfoque centrado en la mujer	Sí	No	Comentarios
Es consciente de sus propias actitudes hacia la sexualidad de las mujeres jóvenes			
Trata las preguntas, inquietudes y opiniones como válidas			
Es consciente de cuándo es necesario educar o brindar consejería			
Invita explícitamente a la joven a hacer preguntas			
Solicita la opinión de la joven antes de hacer sugerencias			
Acepta las decisiones de la joven, sin importar que esté o no esté de acuerdo con éstas			
Comunicación verbal	Sí	No	Comentarios
Afirma las decisiones de la joven de buscar atención médica			
Pregunta cuáles son los conocimientos de la joven antes de proporcionar más información			
Proporciona toda la información pertinente sobre cada opción de tratamiento			

Contesta todas las preguntas completa y francamente			
Evita sermonear o regañar a la joven			
Proporciona información de manera neutral pero afectuosa			
Escucha las preguntas y opiniones de la joven			
Normaliza la conversación			
Utiliza la tercera persona cuando sea posible			
Explica el significado de los términos médicos comunes según corresponde			
Pregunta qué términos utiliza la joven o pide explicación de los términos que ella utiliza que no estén claros			
Determina que la joven entendió la información			
Da ejemplos para comparar al dolor que la joven ya ha sentido.			
Comunicación no verbal	Sí	No	Comentarios
Proporciona información impresa y con ilustraciones			
Utiliza un lenguaje corporal positivo ante la joven			
Empatía	Sí	No	Comentarios
Evita juzgar o actuar con ira			
Tiene paciencia			

Aborda las inquietudes y los temores de la joven			
Ofrece el apoyo de una consejera o un consejero de pares jóvenes, si está disponible			
Privacidad y confidencialidad	Sí	No	Comentarios
Explica y discute los aspectos de la confidencialidad			
Le pregunta a la joven en privado si ella desea que otra persona esté presente durante la sesión			
Profesionalismo	Sí	No	Comentarios
Separa sus creencias personales de sus responsabilidades profesionales			
Se asegura de que sus prácticas cumplan con las normas profesionales			
Contenido específico al aborto	Sí	No	Comentarios
Conoce las leyes y políticas pertinentes			
Procura encontrar medios legales de ofrecer los servicios solicitados			
Informa sobre sexo, género, sexualidad saludable y adolescencia			
Recursos y referencias	Sí	No	Comentarios
Determina la necesidad de otros servicios de salud			
Proporciona otros servicios de salud necesarios o da referencias a otras unidades de salud donde la joven los pueda recibir			

Herramienta 6E: Encuesta sobre la percepción que tienen las mujeres jóvenes de los servicios de aborto

Descripción: Esta encuesta se puede utilizar para evaluar la percepción que tienen las mujeres jóvenes de los servicios de aborto que reciben, con el fin de mejorar la calidad de la atención. Aunque esta encuesta fue creada tal cual para atender las necesidades especiales de las mujeres jóvenes, se recomienda que el personal o el centro de salud colabore con grupos de jóvenes o personas jóvenes de la localidad para adaptar el formulario (ver Herramienta 4B, Trabajando con personas jóvenes). Además, el formulario se puede adaptar con facilidad o utilizarse tal cual con mujeres adultas. Existen dos versiones de la encuesta. La versión A es para casos de aborto por aspiración y la versión M es para casos de aborto con medicamentos. Se recomienda que las mujeres jóvenes den sus opiniones respecto a toda adaptación de la encuesta. *Cada encuesta debe ser anónima para garantizar la confidencialidad.*

Instrucciones:

Distribuya la encuesta a TODAS las usuarias de servicios de aborto el mismo día en que se efectúe el procedimiento o que reciban sus medicamentos para inducir el aborto.

1. Informe a cada usuaria que es importante que el personal de la unidad de salud entienda su experiencia y cómo se puede mejorar la atención brindada. Asegúrele que la encuesta es completamente anónima: nadie podrá averiguar por medio de la encuesta el nombre de la joven o que ella tuvo un aborto.
2. Pídale a la joven que conteste la encuesta hoy o mañana mientras aún tenga la experiencia fresca en la memoria.
3. Entregue la versión correspondiente de la encuesta a la usuaria.
4. Sería útil revisar o leer con la usuaria todas las preguntas de la encuesta (sin que ella conteste las preguntas) y tratar de contestar cualquier pregunta que ella pueda tener. Si la mujer tiene un bajo nivel de alfabetización, ofrézcale la opción de que alguien, tal como una consejera o un consejero de pares jóvenes, le administre la encuesta verbalmente. En ese caso, la encuesta técnicamente no sería anónima, aunque su nombre no debe aparecer escrito en ninguna parte de la encuesta y se debe respetar su confidencialidad. Otra opción es que ella le pida a una amiga o familiar que la ayude a contestar la encuesta y después la presente de manera anónima.
5. Explique cómo debe presentar la encuesta. Si es posible, proporcione un sobre con franqueo pagado para que ella pueda enviar la encuesta por correo sin costo alguno para ella. Si no es posible enviar la encuesta por correo, sugiera otra opción para que la usuaria pueda presentar la encuesta de manera anónima.

Estas encuestas fueron adaptadas de: Planned Parenthood Federation of America. 2011. CAPS Patient Perception of Care Survey. Nueva York, NY: Planned Parenthood Federation of America.

Su experiencia

Versión A

Siempre estamos tratando de mejorar nuestros servicios. Por favor evalúe nuestros servicios contestando las siguientes preguntas.

Todas sus respuestas son anónimas para garantizar su confidencialidad.

Por favor seleccione una sola respuesta a las siguientes preguntas a menos que se indique lo contrario.

PRIMER CONTACTO

1. Cuando usted nos contactó por primera vez para programar su cita, ¿fue amigable y servicial la persona que la atendió?
 - Sí
 - Pudo haber sido mejor
 - No
2. Esa persona le dijo lo siguiente:
 - a. ¿Qué sucedería en el centro? Sí No
 - b. ¿Qué hacer antes de llegar al centro? Sí No
 - c. ¿Cuánto tiempo usted permanecería aquí? Sí No
 - d. ¿Si usted debería ir acompañada de una persona adulta u otra persona? Sí No
3. ¿Esa persona contestó todas sus preguntas? Sí No

EN EL CENTRO DE SALUD

4. ¿Estaba usted nerviosa cuando llegó al centro de salud? Sí No
 En caso afirmativo, ¿la ayudamos a sentirse mejor? Sí Un poco No
5. ¿Durante cuánto tiempo permaneció usted sentada en la sala de espera antes de que la llevaran al área clínica?
 - Menos de 15 minutos
 - Aproximadamente media hora
 - Aproximadamente una hora
 - Más de una hora
6. Indique si la sala de espera estaba:
 - a. Limpia Sí No
 - b. Cómoda Sí No
7. Si alguien la acompañó a su cita (por ejemplo, una amiga o un pariente), ¿pudo usted decidir si esa persona debería estar presente durante la sesión informativa?
 - Sí
 - No
8. Durante la sesión informativa, ¿se le explicó claramente la información?
 - Sí
 - Un poco
 - No

9. Durante la sesión informativa, ¿se le explicó la información de manera objetiva (sin prejuicios)?
 Sí Un poco No
10. Durante la sesión informativa, ¿le dieron suficiente tiempo para hacer preguntas?
 Sí No
11. ¿Entendió todas sus opciones?
 Sí Un poco No
12. ¿Pudo decidir por sí misma qué opción escoger?
 Sí Un poco No
13. ¿Cree usted que las personas en el centro de salud respetaron su decisión?
 Sí Un poco No
14. ¿Cree usted que las personas en el centro de salud la escucharon atentamente?
 Sí Un poco No
15. ¿Le dieron información sobre los métodos anticonceptivos, si usted quería escoger uno?
 Sí No

En caso afirmativo:

¿Le explicaron las opciones clara y objetivamente (sin prejuicios)?

Sí No

¿Salió usted del centro de salud con el método que eligió?

Sí No

CON EL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD

16. ¿El médico (o profesional de la salud) le dijo de antemano qué sucedería durante el procedimiento?
 Sí Un poco No
17. Si alguien la acompañó a su cita (por ejemplo, una amiga o un pariente), ¿le permitieron decidir si esa persona estaría presente durante el procedimiento?
 Sí No
18. ¿Tuvo usted suficiente tiempo para preguntarle al médico (o al profesional de la salud) todas las preguntas que tenía?
 Sí No mucho No
19. ¿Se sintió cómoda preguntándole al médico (o al profesional de la salud) todas las preguntas que tenía?
 Sí No mucho No
20. ¿El médico (o profesional de la salud) contestó todas sus preguntas y le proporcionó toda la información que usted solicitó?
 Sí En realidad no No
21. ¿El médico (o profesional de la salud) la ayudó a sentirse relajada durante el procedimiento?
 Sí Un poco No

22. ¿Qué tipo de medicina tomó usted antes del procedimiento o durante éste para aliviar el dolor? (Marque todas las respuestas correspondientes.)
- Tomé pastillas para el dolor antes del procedimiento.
 - Me dieron medicina en una vena en el brazo.
 - Me pusieron una inyección en la vagina.
 - Me dieron medicina que me puso a dormir.
 - Recibí algo para el dolor, pero no estoy segura qué.
 - No tomé ninguna medicina para el dolor antes del procedimiento o durante éste.
23. ¿Cuán doloroso fue el procedimiento?
- No fue doloroso
 - Un poco doloroso
 - Doloroso
 - Muy doloroso
24. ¿El personal hizo lo suficiente para ayudarla con el dolor o las molestias?
- Sí
 - Un poco
 - No
25. ¿Cómo describiría usted la atención que recibió del médico (o del profesional de la salud)?
- Muy buena
 - Buena
 - Mala

RECUPERACIÓN Y REGRESO A SU CASA

26. ¿Le dijeron a qué número telefónico debería llamar si estaba preocupada o necesitaba ayuda?
- Sí
 - No
27. ¿Entendió usted cuándo debía llamar si estaba preocupada o necesitaba ayuda?
- Sí
 - No estaba segura
 - No

PENSANDO EN SUS SERVICIOS DE SALUD

28. ¿Tuvo usted suficiente privacidad en el centro de salud?
- Sí
 - Pudo haber sido mejor
 - No
29. ¿Le aseguraron que su información permanecería confidencial?
- Sí
 - Un poco
 - No
30. ¿La tratamos con cuidado y respeto?
- Sí
 - A veces
 - No

Su experiencia

Versión M

Siempre estamos tratando de mejorar nuestros servicios. Por favor evalúe nuestros servicios contestando las siguientes preguntas.

Todas sus respuestas son anónimas para garantizar su confidencialidad.

Por favor seleccione una sola respuesta a las siguientes preguntas a menos que se indique lo contrario.

PRIMER CONTACTO

1. Cuando usted nos contactó por primera vez para programar su cita, ¿fue amigable y servicial la persona que la atendió?
 - Sí
 - Pudo haber sido mejor
 - No
2. Esa persona le dijo lo siguiente:
 - a. ¿Qué sucedería en el centro? Sí No
 - b. ¿Qué hacer antes de llegar al centro? Sí No
 - c. ¿Cuánto tiempo usted permanecería aquí? Sí No
 - d. ¿Si usted debería ir acompañada de una persona adulta u otra persona? Sí No
3. ¿Esa persona contestó todas sus preguntas? Sí No

EN EL CENTRO DE SALUD

4. ¿Estaba usted nerviosa cuando llegó al centro de salud? Sí No
 En caso afirmativo, ¿la ayudamos a sentirse mejor? Sí Un poco No
5. ¿Durante cuánto tiempo permaneció usted sentada en la sala de espera antes de que la llevaran al área clínica?
 - Menos de 15 minutos
 - Aproximadamente media hora
 - Aproximadamente una hora
 - Más de una hora
6. Indique si la sala de espera estaba:
 - a. Limpia Sí No
 - b. Cómoda Sí No
7. Si alguien la acompañó a su cita (por ejemplo, una amiga o un pariente), ¿pudo usted decidir si esa persona debería estar presente durante la sesión informativa?
 - Sí No
8. Durante la sesión informativa, ¿se le explicó claramente la información?
 - Sí Un poco No

9. Durante la sesión informativa, ¿se le explicó la información de manera objetiva (sin prejuicios)?
 Sí Un poco No
10. Durante la sesión informativa, ¿le dieron suficiente tiempo para hacer preguntas?
 Sí No
11. ¿Entendió todas sus opciones?
 Sí Un poco No
12. ¿Pudo decidir por sí misma qué opción escoger?
 Sí Un poco No
13. ¿Cree usted que las personas en el centro de salud respetaron su decisión?
 Sí Un poco No
14. ¿Cree usted que las personas en el centro de salud la escucharon atentamente?
 Sí Un poco No
15. ¿Le dieron información sobre los métodos anticonceptivos, si usted quería escoger uno?
 Sí No

En caso afirmativo:

¿Le explicaron las opciones clara y objetivamente (sin prejuicios)?

Sí No

¿Salió usted del centro de salud con el método que eligió?

Sí No

CON EL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD

16. ¿El médico (o profesional de la salud) le dijo de antemano qué sucedería después de tomarse las tabletas?
 Sí Un poco No
17. ¿Tuvo usted suficiente tiempo para preguntarle al médico (o al profesional de la salud) todas las preguntas que tenía?
 Sí No mucho No
18. ¿Se sintió cómoda preguntándole al médico (o al profesional de la salud) todas las preguntas que tenía?
 Sí No muy cómoda No
19. ¿El médico (o profesional de la salud) contestó todas sus preguntas y le proporcionó toda la información que usted solicitó?
 Sí En realidad no No
20. ¿El médico (o profesional de la salud) que le dio las tabletas la ayudó a sentirse relajada?
 Sí No mucho No
21. ¿Se aseguró el médico (o profesional de la salud) de que usted tuviera un lugar seguro donde tomarse las tabletas?
 Sí No

22. ¿El médico (o profesional de la salud) hizo un buen trabajo explicándole cómo tomarse las tabletas en su casa (o en algún otro lugar seguro)?
- Sí Más o menos No
23. ¿El médico (o profesional de la salud) le informó sobre los problemas que podría tener después de tomarse las tabletas?
- Sí En realidad no No
24. ¿Le dijeron a qué número telefónico debería llamar si estaba preocupada o necesitaba ayuda?
- Sí No
25. ¿Entendió usted cuándo debía llamar si estaba preocupada o necesitaba ayuda?
- Sí No estaba segura No
26. ¿Cómo describiría usted la atención que recibió del médico (o del profesional de la salud)?
- Muy buena Buena Mala

EN SU CASA (FUERA DEL CENTRO DE SALUD)

27. ¿Cuánto sangrado tuvo después de tomarse las tabletas?
- Mucho más abundante que el de la menstruación
- Como un día de sangrado abundante durante mi menstruación
- Menos abundante que el de mi menstruación
28. ¿Cuán dolorosos fueron sus cólicos después de tomarse las tabletas?
- No fueron dolorosos
- No muy malos
- Muy dolorosos

PENSANDO EN SUS SERVICIOS DE SALUD

29. ¿Tuvo usted suficiente privacidad en el centro de salud?
- Sí Pudo haber sido mejor No
30. ¿Le aseguraron que su información permanecería confidencial?
- Sí Un poco No
31. ¿La tratamos con cuidado y respeto?
- Sí A veces No
32. El personal me dio exactamente lo que necesitaba en el momento en que lo necesitaba.
- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Herramienta 6F: Ejemplo de un cartel

Descripción

Esto es un ejemplo de un cartel que las y los profesionales de la salud y el personal de la unidad de salud pueden adaptar, si así lo desean, y utilizar en su unidad. Se recomienda obtener las opiniones de las personas jóvenes, en particular de las mujeres jóvenes, para determinar si ellas creen que esta herramienta es útil. Las personas jóvenes o los grupos de jóvenes también pueden ayudar a adaptar el contenido del cartel, o crear su propio cartel de manera conjunta con profesionales de la salud.

servicios basados en los derechos para todas las personas jóvenes

¿Preocupado? ¿Asustada? ¿Nerviosa?
Relájate. ¡Estamos aquí para ayudarte!

Apoyamos tu derecho a recibir servicios de salud seguros y respetuosos.
Si necesitas:
información, métodos anticonceptivos, servicios de aborto, atención prenatal, pruebas de infecciones

¡simplemente pídelos!

El personal de salud y demás personal están capacitados para atender tus necesidades.

- Protegeremos tu privacidad y confidencialidad.
- Nos interesa lo que tengas que decir: ¡tus opiniones nos importan!
- Te daremos información completa y correcta: ¡creemos que tienes derecho a saber!
- Te hablaremos con sinceridad.
- Contestaremos tus preguntas: ¡ninguna pregunta es estúpida o rara!
- Te apoyaremos para que tomes tus propias decisiones y respetaremos tus opiniones.

Dinos qué opinas de nuestros servicios. Queremos brindarte la mejor atención posible.

Glosario de términos

Aborto inseguro: La interrupción del embarazo realizada por una persona que carece de las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambos.

Acceso a los servicios de salud: Abarca la disponibilidad y el uso de los servicios de salud.

Alianzas entre las personas adultas y las personas jóvenes: Relación en la cual ambas partes trabajan conjuntamente para tratar los problemas que enfrentan las personas jóvenes o colaboran en programas destinados a atender a las personas jóvenes. En una verdadera alianza cada parte tiene la oportunidad de hacer sugerencias y tomar decisiones y se reconocen y valoran los aportes de cada parte. Una alianza también implica:

Participación voluntaria y significativa: La participación implica trabajo con y por las personas, no simplemente para ellas.

Transferencia de responsabilidad a las personas jóvenes. Cuando a las personas jóvenes solo se les asignan tareas o se les consulta respecto a determinados procesos, no se pueden considerar como aliadas. Cuando las personas jóvenes reciben y asumen responsabilidad, hacen la transición de beneficiarias de programas a socias y líderes.

Apoyo emocional: Ayuda amable y comprensiva, que demuestra afirmación y apoyo y disipa los temores y los sentimientos negativos. El apoyo emocional puede ser físico, como tomar a alguien de la mano; verbal, como usar palabras reconfortantes; y no verbal, como asentir con la cabeza.

Atención postaborto (APA): Una serie de intervenciones clínicas y relacionadas, como la evacuación endouterina, consejería, anticoncepción postaborto y otros servicios de salud sexual y reproductiva, así como alianzas con las comunidades destinadas a manejar el aborto incompleto y las complicaciones relacionadas.

Calidad definida por alianzas para la juventud (PDQ-Y, por sus siglas en inglés): Método utilizado para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para las personas jóvenes, mediante la colaboración entre jóvenes y profesionales de la salud.

Consejería anticonceptiva: Consiste en hablar con las personas sobre sus necesidades y deseos con relación a un futuro embarazo, y escucharlas, para ayudarlas a determinar si necesitan métodos anticonceptivos y, si es así, ayudarlas a escoger los métodos más adecuados para sus necesidades y estilo de vida. También conocida como consejería sobre la planificación familiar.

Consejería de pares: Consejería y apoyo brindados por personas consideradas similares, ya sea en edad o en otros aspectos, a la persona que recibe la consejería.

Contraindicación: Cualquier factor en el cuadro clínico de la persona por el cual determinado tratamiento sea indeseable o desaconsejable.

Derecho humano: Todo derecho fundamental o libertad a los cuales todo ser humano tiene derecho y en el ejercicio de los cuales no puede interferir el gobierno.

Derechos sexuales y reproductivos: Abrazan los derechos humanos ya reconocidos por las leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Abarcan el derecho de todas las personas:

- a vivir libre de coerción, discriminación y violencia;
- al nivel más alto posible de salud sexual, que incluye acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva;
- a buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad;
- a la educación sexual;
- al respeto de la integridad corporal;
- a escoger su pareja;

- a decidir si tener o no relaciones sexuales;
- a relaciones sexuales consensuales;
- a matrimonio consensual;
- a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos;
- a tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

Discriminación de género: El trato perjudicial de mujeres y niñas por motivo de género.

Facultades en evolución: Se refiere específicamente a la capacidad de las niñas y los niños para tomar decisiones sobre su propia vida por sí mismos. Es, además, el concepto de que la capacidad de una niña o un niño para tomar decisiones evoluciona durante la transición de la infancia a la niñez a la adolescencia.

Formulismo: Ocurre cuando se incluye a las personas jóvenes en los procesos o en la toma de decisiones, pero no se les permite influir en estos.

Género: El sentido interno de una persona de estar en algún punto en el continuum de mujer a hombre, que puede ser diferente a su sexo y fluctuar a lo largo del ciclo de vida. Los roles de género son definidos por las expectativas culturales de cómo se debe comportar una mujer o un hombre y por las creencias culturales de lo que es intrínsecamente “femenino” y “masculino”.

Identidad de género: La manera y el estado de ser mediante los cuales las personas se definen o identifican a lo largo de un continuum de género.

Igualdad de género: Cuando las mujeres y los hombres tienen igualdad de oportunidades, libertades y condiciones. No implica que las mujeres y los hombres sean iguales sino que tienen el mismo valor y se les debe tratar por igual. La igualdad de género es un derecho humano.

Manejo del dolor: El uso de medicamentos, apoyo emocional y psicológico, cambios en el ambiente físico y otros medios para disminuir la experiencia de dolor de una persona, el cual puede ser causado por ansiedad, dilatación cervical (antes del procedimiento de evacuación endouterina) y cólicos uterinos (durante y después de la evacuación endouterina o el aborto con medicamentos). Los estudios han demostrado que las usuarias que están asustadas o nerviosas son más proclives a sentir más dolor durante el procedimiento de aborto que aquéllas cuyos temores o inquietudes han sido disipados.

Monitoreo y evaluación (M&E): El monitoreo es la evaluación rutinaria de los servicios de salud para poder proporcionar retroalimentación para el continuo mejoramiento de la calidad. La evaluación es la valoración periódica de las mejoras generales a los servicios de salud. El monitoreo analiza lo que se está haciendo, mientras que la evaluación examina lo que se ha logrado o cuál ha sido el impacto.

Orientación sexual: Se refiere a la principal atracción sexual al mismo sexo, al sexo opuesto o a ambos sexos.

Persona sexualmente saludable: Alguien que cree que tiene el derecho y la capacidad, mediante información correcta y servicios seguros, respetuosos e integrales de salud sexual y reproductiva, para expresar su sexualidad y disfrutarla. Tiene la capacidad para tomar buenas decisiones para protegerse a la vez que aprovecha las oportunidades para conocer el amor y la intimidad.

Personas jóvenes: Hombres y mujeres de 10 a 24 años de edad.

Principio de aptitud: Las personas jóvenes que entienden que deben proteger su salud reproductiva, y que solicitan servicios de salud reproductiva para ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva, incluso servicios de aborto, sin la supervisión de sus padres.

Salud reproductiva: Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Salud sexual: La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Los servicios de aborto para las mujeres jóvenes están basados en los derechos; son participativos, accesibles, seguros y adecuados clínicamente.

Servicios de anticoncepción: El suministro de consejería, métodos y servicios de anticoncepción adecuados para las necesidades y estilo de vida de las personas, que las ayudan a controlar su fertilidad al evitar, retrasar o espaciar los embarazos. También conocidos como servicios de planificación familiar.

Servicios de planificación familiar: Otro término para los servicios de anticoncepción. El suministro de consejería, métodos y servicios de anticoncepción adecuados para las necesidades y estilo de vida de las personas, que las ayudan a controlar su fertilidad al evitar, retrasar o espaciar los embarazos.

Sexo: Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres u hombres. Aunque estas características biológicas no son mutuamente exclusivas, ya que hay personas que poseen ambas, tienden a diferenciar seres humanos como hombres y mujeres.

Sexualidad: Para la mayoría de las personas, la sexualidad es un aspecto importante del ser humano a lo largo de la vida; abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se manifiesta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones.

Violencia de género: Todo acto de violencia contra las mujeres, independientemente de la edad, que produzca, o probablemente produzca, sufrimiento o daños físicos, sexuales o mentales, así como amenazas de dichos actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en público o en privado.

Violencia sexual: Violencia de naturaleza específicamente sexual o dirigida hacia personas de un sexo por motivo de su sexo.

Referencias bibliográficas

Advocates for Youth. 2001. Building effective youth-adult partnerships. *Transitions*, 14 (1): 10-2.

Cook, Rebecca y Bernard Dickens. 2000. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 70: 13-21.

DFID. 2010. *Youth Participation in Development, a Guide for Development Agencies and Policy Makers*. Londres: DFID-CSO Youth Working Group.

Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2009. *Sexual rights: An IPPF declaration*, versión condensada. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia.

Hyman, Alyson G. y Laura Castleman. 2006. *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización de las Naciones Unidas. Discrimination and the Rights of the Child. Nueva York: ONU. http://cyberschoolbus.un.org/student/2010/rights_of_the_child_backgrounddoc.pdf

Organización Mundial de la Salud. Salud sexual. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2002. *National AIDS Councils: Monitoring and Evaluation Operations Manual*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

UNFPA. 1995. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo. Nueva York: ONU.

YouthNet y Family Health International. 2005. *Guía para la participación de los jóvenes: evaluación, planificación e implementación*. Arlington, VA: Family Health International.

HERRAMIENTAS PARA EL TALLER

Programa del taller de cuatro días

Encuesta preliminar al taller

Encuesta posterior al taller

Respuestas a la encuesta del taller

Formulario de evaluación del taller

Constancia de participación

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Programa del taller de cuatro días

DÍA UNO

Tiempo	Actividad	Materiales ¹
30 minutos	Inscripción de participantes	
10 minutos	Encuesta preliminar al taller	
30 minutos	Introducción al taller ²	
15 minutos	Ejercicio de rompehielo introductorio ³	
Módulo 1: Introducción		
5 minutos	Presentar el Módulo 1	Diapositivas en PPT
20 minutos	Las mujeres jóvenes son...	Herramienta 1B
15 minutos	DESCANSO	
40 minutos	Actividad de AVTA: Continuum de adaptación ⁴	
5 minutos	Conferencia interactiva: Sección 1.1	Diapositivas en PPT
40 minutos	Actividad de AVTA: Razones por las cuales ⁴	
40 minutos	Género y aborto	Herramienta 1C
1 hora	ALMUERZO	
5 minutos	Conferencia interactiva: Sección 1.2	Diapositivas en PPT
25 minutos	Definición de una persona joven sexualmente saludable	Herramienta 1D
5 minutos	Actividad vigorizante	
40 minutos	Actividad de AVTA: El último aborto ⁴	
5 minutos	Conferencia interactiva: Sección 1.3	Diapositivas en PPT
15 minutos	DESCANSO	
1 hora	El apoyo que necesitábamos durante la juventud	Herramienta 1E
10 minutos	Resumen del Módulo 1	Herramienta 1A
5 minutos	Evaluación diaria	
	Informes del equipo facilitador	

DÍA DOS

Tiempo	Actividad	Materiales ¹
Módulo 2: Barreras a los servicios		
10 minutos	Repasar las actividades de ayer y ver el programa de hoy	
10 minutos	Ejercicio de rompehielo	
5 minutos	Presentar el Módulo 2	Diapositivas en PPT
50 minutos	Barreras a los servicios	Herramienta 2B
20 minutos	Conferencia interactiva: Secciones 2.1 a 2.6	Diapositivas en PPT
10 minutos	Resumen del Módulo 2	Herramienta 2A
15 minutos	DESCANSO	
Módulo 3: Un enfoque en los servicios basado en los derechos		
5 minutos	Presentar el Módulo 3	Diapositivas en PPT
50 minutos	Actividad de AVTA: Las cuatro esquinas ⁴	
1 hora, 15 minutos	Las mujeres jóvenes, los derechos internacionales y el aborto	Herramienta 3B
1 hora	ALMUERZO	
5 minutos	Actividad vigorizante	
10 minutos	Conferencia interactiva: Secciones 3.1 y 3.2	Diapositivas en PPT
1 hora, 15 minutos	El principio de la aptitud	Herramienta 3C
15 minutos	DESCANSO	
5 minutos	Conferencia interactiva: Sección 3.3	Diapositivas en PPT
10 minutos	Resumen del Módulo 3	Herramienta 3A
5 minutos	Evaluación diaria	
	Informes del equipo facilitador	

DÍA TRES

Tiempo	Actividad	Materiales ¹
10 minutos	Repasar las actividades de ayer y ver el programa de hoy	
10 minutos	Ejercicio de rompehielo	
Módulo 4: Forjando alianzas entre personas jóvenes y adultas		
5 minutos	Presentar el Módulo 4	Diapositivas en PPT
50 minutos	Trabajando con las personas jóvenes	Herramienta 4B
15 minutos	Conferencia interactiva: Secciones 4.1 a 4.4	Diapositivas en PPT
15 minutos	Repasar y discutir: Cómo pueden las personas jóvenes forjar alianzas, dirigir y transformar los servicios de aborto	Herramienta 4C
15 minutos	DESCANSO	
15 minutos	Repasar y discutir: Barreras para establecer alianzas exitosas con personas jóvenes y cómo superarlas	Herramienta 4D
5 minutos	Conferencia interactiva: Sección 4.5	Diapositivas en PPT
15 minutos	Repasar y discutir: Cómo evaluar las alianzas con las personas jóvenes	Herramienta 4E
10 minutos	Resumen del Módulo 4	Herramienta 4A
Módulo 5: Ampliando el acceso a los servicios de aborto		
5 minutos	Presentar el Módulo 5	Diapositivas en PPT
45 minutos	Abordando las barreras a los servicios	Herramienta 5B
1 hora	ALMUERZO	
5 minutos	Actividad vigorizante	
20 minutos	Conferencia interactiva: Secciones 5.1 a 5.5	Diapositivas en PPT
15 minutos	Repasar y discutir: Preguntas para evaluar la preparación de la unidad de salud para proporcionar servicios de aborto a las mujeres jóvenes	Herramienta 5C
15 minutos	Repasar y discutir: Mejorando las normas y pautas de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes	Herramienta 5D
1 hora, 15 minutos	Mejorando el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto	Herramienta 5E
15 minutos	DESCANSO	
10 minutos	Resumen del Módulo 5	Herramienta 5A
1 hora	Actividad de AVTA: Hablando sobre el aborto ⁴	
5 minutos	Evaluación diaria	
	Informes del equipo facilitador	

DÍA CUATRO

Tiempo	Actividad	Materiales ¹
Módulo 6: Asegurando la prestación de servicios de aborto clínicamente adecuados		
10 minutos	Repasar las actividades de ayer y ver el programa de hoy	
10 minutos	Ejercicio de rompehielo	
5 minutos	Presentar el Módulo 6	Diapositivas en PPT
45 minutos	A través de sus ojos: experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto	Herramienta 6B
15 minutos	DESCANSO	
2 horas	Habilidades de consejería	Herramientas 6C y 6D
1 hora	ALMUERZO	
5 minutos	Actividad vigorizante	
20 minutos	Conferencia interactiva: Secciones 6.1 a 6.6	Diapositivas en PPT
15 minutos	Repasar y discutir: Encuesta sobre las percepciones que tienen las mujeres jóvenes de los servicios de aborto	Herramienta 6E
15 minutos	Repasar y discutir: Ejemplo de un cartel	Herramienta 6F
10 minutos	Resumen del Módulo 6	Herramienta 6A
15 minutos	DESCANSO	
15 minutos	Cierre del taller	
25 minutos	Actividad de AVTA: Reflexiones de cierre ⁴	
20 minutos	Encuesta posterior al taller y evaluación final	
15 minutos	Presentación de las constancias de participación	
	Informes del equipo facilitador	

¹ Por favor remítase a la lista de materiales para cada actividad.

² Ver *Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales* (disponible en el CD-ROM o en www.ipas.org).

³ Ver *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso* para ejemplos de ejercicios de rompehielo y actividades vigorizantes (disponible en el CD-ROM y en www.ipas.org).

⁴ Ver *Transformación de actitudes respecto al aborto: un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales* para las actividades de AVTA sugeridas en este programa (disponible en el CD-ROM o en www.ipas.org). Utilice las actividades adaptadas para la juventud, cuando estén disponibles.

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Encuesta preliminar al taller

Por favor conteste las siguientes preguntas según sus conocimientos y creencias en este momento. No escriba su nombre. Usted creará un identificador único que nos permita encontrar la encuesta posterior que corresponde a su encuesta preliminar a la vez que mantenemos su confidencialidad. Las respuestas sin datos identificadores posiblemente se utilicen para fines de evaluación, ponencias profesionales y publicaciones. ¡Gracias!

Su identificador único:

	Número de hermanas:	Mes de su cumpleaños:	Últimos 3 dígitos de su teléfono móvil:	Nombre de la región donde usted nació:
<i>Ejemplo:</i>	0	Abril	024	Región Ashanti
<i>Sus datos:</i>				

NOTA: El término “jóvenes” en esta encuesta se refiere a las personas de 10 a 24 años de edad.

Por favor haga un círculo alrededor de VERDADERO, FALSO o NO SÉ para contestar cada pregunta a continuación.

1. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto continúan siendo una de las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
2. El género es lo mismo que el sexo.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
3. El estigma es una característica o un atributo por el cual una persona es menospreciada o considerada manchada.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
4. Las mujeres jóvenes, por lo general, no buscan servicios de aborto seguro porque no tienen dinero.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

5. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) establece que los niños, las niñas y las personas jóvenes tienen derecho a tomar decisiones de manera independiente, según sus aptitudes. El Comité de los Derechos del Niño (2011) determinó que esto se aplica al aborto.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
6. El Comité de los Derechos del Niño (2009) afirma que las niñas y los niños de cualquier edad tienen derecho a recibir consejería y consejos médicos en privado y de manera confidencial solo con el consentimiento de la madre o el padre.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
7. El formulismo ocurre cuando las personas jóvenes participan al máximo en una alianza con personas adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
8. Una alianza entre personas adultas y jóvenes implica tanto la participación voluntaria y significativa como la transferencia de responsabilidades a las personas jóvenes.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
9. Las unidades de salud deberían estar abiertas entre 9am y 5pm para asegurar el acceso de las mujeres jóvenes a éstas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
10. Se recomienda que las y los profesionales de la salud y demás personal con actitudes negativas hacia los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, asistan a talleres de aclaración de valores.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
11. Las sesiones de consejería con mujeres jóvenes generalmente son más cortas que las sesiones con mujeres adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

12. El/la prestador/a de servicios de salud debe ayudar a la joven a tomar su decisión basándose en lo que sabe es lo mejor.
- a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

Por favor haga un círculo alrededor de UNA sola respuesta correcta para cada pregunta a continuación.

13. En el año 2003, aproximadamente _____ de las muertes mundiales relacionadas con el aborto inseguro ocurrieron entre mujeres jóvenes.
- a. el 10 por ciento
 - b. el 25 por ciento
 - c. el 45 por ciento
14. Una de las barreras sociales que las mujeres jóvenes enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro es:
- a. Discriminación de género
 - b. Costo
 - c. Transporte
 - d. Ninguna de las respuestas anteriores
15. El principio de la aptitud establece que las personas jóvenes que entienden que necesitan proteger su salud reproductiva y quienes solicitan servicios de salud reproductiva para ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva.
- a. con el consentimiento de la madre o el padre.
 - b. Sin la participación de la madre o el padre, excluyendo el aborto.
 - c. Sin la participación de la madre o el padre, incluyendo el aborto.
16. Una alianza exitosa entre personas jóvenes y adultas debe basarse en:
- a. Formulismo
 - b. Confianza, respeto y valores cívicos
 - c. Estereotipos de las personas jóvenes
 - d. Que las personas jóvenes siempre consigan lo que quieren
 - e. Las respuestas b y d
17. ¿Cuál de las siguientes estrategias podría disminuir las barreras económicas o logísticas a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes?
- a. Reducir el costo de los servicios de aborto.
 - b. Garantizar privacidad auditiva y visual durante la consejería y el procedimiento.
 - c. Crear una red de transporte dirigida por la comunidad.
 - d. Educar a la comunidad respecto a los aspectos específicos de las leyes.
 - e. Las respuestas a y c.

18. ¿Qué es lo primero que debe hacer el/la profesional de la salud o demás personal cuando se presenta una joven para recibir servicios de aborto seguro?
- Dejarla hablar antes de proporcionar más información.
 - Invitarla a hacer preguntas y solicitar su opinión.
 - Afirmar que ha dado un paso positivo al buscar servicios seguros.
 - Explicar y discutir los aspectos de la confidencialidad.

Por favor haga un círculo alrededor de TODAS las respuestas correctas para cada pregunta a continuación. (Puede haber más de una respuesta correcta.)

19. Los cuatro pilares de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes son:
- Confidencialidad
 - Privacidad
 - Respeto para las mujeres jóvenes y sus derechos
 - Participación de las mujeres jóvenes en todas las etapas de la prestación de servicios
 - Seguridad e idoneidad
 - Refutar la información errónea
 - Accesibilidad
20. ¿Entre los beneficios de una alianza entre personas jóvenes y adultas se encuentran cuáles de los siguientes?
- Cumplimiento de derechos y deseos
 - Las personas adultas tienen menos trabajo que hacer
 - Aprendizaje y empoderamiento
 - No hay beneficios
 - Mejorar la comunicación sobre temas difíciles
 - Reducir las barreras y mejorar los servicios de salud
21. ¿Cuál de los siguientes podría requerir consideraciones especiales para las mujeres jóvenes?
- Examen pélvico
 - Técnica de no tocar
 - Aspiración por vacío
 - Aborto con medicamentos
 - Esterilización

Por favor responda a continuación basándose en sus creencias actuales y en su nivel de adaptación. Haga un círculo alrededor de una sola respuesta para cada declaración.

	Favor de hacer un círculo alrededor de un solo número:				
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
Apoyo los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo hablando sobre la sexualidad de las personas jóvenes.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las personas jóvenes tienen derecho a recibir información correcta sobre la salud sexual y reproductiva.	1	2	3	4	5
Apoyo la prestación de servicios de anticoncepción a las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo trabajando para ampliar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de anticoncepción.	1	2	3	4	5
Apoyo la prestación de servicios de aborto a las mujeres jóvenes según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Apoyo el derecho de las mujeres jóvenes a decidir si tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con quién.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo trabajando para ampliar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las mujeres que buscan servicios de aborto seguro por voluntad propia deben considerarse capaces de dar su consentimiento informado para recibir esos servicios, según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las mujeres jóvenes merecen recibir servicios de aborto respetuosos sin ser juzgadas.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las personas jóvenes tienen derecho a participar al máximo en diseñar, proporcionar y evaluar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Me sentiría cómoda o cómodo observando un procedimiento de aborto en un joven.	1	2	3	4	5
Me sentiría cómoda o cómodo efectuando o ayudando a efectuar un procedimiento de aborto en una joven.	1	2	3	4	5
Estoy segura o seguro de mis valores personales respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Tengo opiniones contradictorias en cuanto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Puedo explicar claramente mis valores personales respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Puedo explicar respetuosamente los valores respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que son contradictorios a los míos.	1	2	3	4	5
Siento empatía por las mujeres jóvenes que han tenido un aborto.	1	2	3	4	5
Todas las mujeres jóvenes deberían tener acceso a servicios integrales de aborto seguro.	1	2	3	4	5
El acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto debería restringirse a ciertas circunstancias.	1	2	3	4	5

Por favor describa su mayor conflicto de valores (es decir, un conflicto entre dos o más valores) respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes. Copie las palabras exactas de su conflicto de valores a otra hoja de papel adonde pueda remitirse de nuevo cuando conteste la encuesta posterior al taller.

Pienso hacer lo siguiente en los próximos seis meses:	Favor de marcar una sola respuesta:		
Aprender más sobre la necesidad de las mujeres jóvenes en mi comunidad de recibir servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Crear mayor conciencia de la necesidad de las mujeres jóvenes en mi comunidad de recibir servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Abogar por ampliar el acceso de las mujeres jóvenes en mi comunidad a los servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Trabajar para disminuir las barreras a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que existen en mi comunidad/unidad de salud.	Sí	No	
Educar a la comunidad, incluidas las mujeres jóvenes, respecto a los servicios de aborto seguro.	Sí	No	
Remitir a las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto a servicios seguros.	Sí	No	
Forjar alianzas con personas jóvenes para mejorar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes en mi comunidad/unidad de salud.	Sí	No	
(Para profesionales de la salud) Efectuar, o ayudar a efectuar, procedimientos integrales de aborto seguro en mujeres jóvenes.	Sí	No	No aplicable
(Para capacitadores clínicos) Capacitar a otros profesionales de la salud para que efectúen, o ayuden a efectuar, procedimientos integrales de aborto seguro en mujeres jóvenes.	Sí	No	No aplicable

Por favor complete la frase a continuación para que podamos planear un taller productivo y satisfactorio:

En este taller espero que tratemos los siguientes dos temas:

1. _____
2. _____

¿Qué más le gustaría que supiera el equipo facilitador según vaya dirigiendo este taller?

Por favor proporcione algunos datos personales.

Su género: _____

Su afiliación religiosa: _____

Su principal afiliación profesional: (Por favor seleccione *una*)

_____ Gineco-obstetra

_____ Enfermera obstétrica

_____ Otro tipo de profesional de la salud (favor de especificar): _____

_____ Administrador/a de la unidad de salud

_____ Abogada o abogado

_____ Ministerio de salud

_____ Personal de una ONG

_____ Grupo de mujeres

_____ Profesional de los medios de comunicación

_____ Funcionario electo

_____ Otro (favor de especificar): _____

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Encuesta posterior al taller

Por favor conteste las siguientes preguntas según sus conocimientos y creencias en este momento. No escriba su nombre. Usted creará un identificador único que nos permita encontrar la encuesta preliminar que corresponde a su encuesta posterior a la vez que mantenemos su confidencialidad. Las respuestas sin datos identificadores posiblemente se utilicen para fines de evaluación, ponencias profesionales y publicaciones. ¡Gracias!

Su identificador único:

	Número de hermanas:	Mes de su cumpleaños:	Últimos 3 dígitos de su teléfono móvil:	Nombre de la región donde usted nació:
<i>Ejemplo:</i>	0	Abril	024	Región Ashanti
<i>Sus datos:</i>				

NOTA: El término “jóvenes” en esta encuesta se refiere a las personas de 10 a 24 años de edad.

Por favor haga un círculo alrededor de VERDADERO, FALSO o NO SÉ para contestar cada pregunta a continuación.

1. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto continúan siendo una de las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
2. El género es lo mismo que el sexo.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
3. El estigma es una característica o un atributo por el cual una persona es menospreciada o considerada manchada.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
4. Las mujeres jóvenes, por lo general, no buscan servicios de aborto seguro porque no tienen dinero.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

5. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) establece que los niños, las niñas y las personas jóvenes tienen derecho a tomar decisiones de manera independiente, según sus aptitudes. El Comité de los Derechos del Niño (2011) determinó que esto se aplica al aborto.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
6. El Comité de los Derechos del Niño (2009) afirma que las niñas y los niños de cualquier edad tienen derecho a recibir consejería y consejos médicos en privado y de manera confidencial solo con el consentimiento de la madre o el padre.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
7. El formulismo ocurre cuando las personas jóvenes participan al máximo en una alianza con personas adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
8. Una alianza entre personas adultas y jóvenes implica tanto la participación voluntaria y significativa como la transferencia de responsabilidades a las personas jóvenes.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
9. Las unidades de salud deberían estar abiertas entre 9am y 5pm para asegurar el acceso de las mujeres jóvenes a éstas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
10. Se recomienda que las y los profesionales de la salud y demás personal con actitudes negativas hacia los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, asistan a talleres de aclaración de valores.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.
11. Las sesiones de consejería con mujeres jóvenes generalmente son más cortas que las sesiones con mujeres adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

12. El/la prestador/a de servicios de salud debe ayudar a la joven a tomar su decisión basándose en lo que sabe es lo mejor.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No sé.

Por favor haga un círculo alrededor de UNA sola respuesta correcta para cada pregunta a continuación.

13. En el año 2003, aproximadamente _____ de las muertes mundiales relacionadas con el aborto inseguro ocurrieron entre mujeres jóvenes.
 - a. el 10 por ciento
 - b. el 25 por ciento
 - c. el 45 por ciento
14. Una de las barreras sociales que las mujeres jóvenes enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro es:
 - a. Discriminación de género
 - b. Costo
 - c. Transporte
 - d. Ninguna de las respuestas anteriores
15. El principio de la aptitud establece que las personas jóvenes que entienden que necesitan proteger su salud reproductiva y quienes solicitan servicios de salud reproductiva para ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva.
 - a. con el consentimiento de la madre o el padre.
 - b. Sin la participación de la madre o el padre, excluyendo el aborto.
 - c. Sin la participación de la madre o el padre, incluyendo el aborto.
16. Una alianza exitosa entre personas jóvenes y adultas debe basarse en:
 - a. Formulismo
 - b. Confianza, respeto y valores cívicos
 - c. Estereotipos de las personas jóvenes
 - d. Que las personas jóvenes siempre consigan lo que quieren
 - e. Las respuestas b y d
17. ¿Cuál de las siguientes estrategias podría disminuir las barreras económicas o logísticas a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes?
 - a. Reducir el costo de los servicios de aborto.
 - b. Garantizar privacidad auditiva y visual durante la consejería y el procedimiento.
 - c. Crear una red de transporte dirigida por la comunidad.
 - d. Educar a la comunidad respecto a los aspectos específicos de las leyes.
 - e. Las respuestas a y c.

18. ¿Qué es lo primero que debe hacer el/la profesional de la salud o demás personal cuando se presenta una joven para recibir servicios de aborto seguro?
- a. Dejarla hablar antes de proporcionar más información.
 - b. Invitarla a hacer preguntas y solicitar su opinión.
 - c. Afirmar que ha dado un paso positivo al buscar servicios seguros.
 - d. Explicar y discutir los aspectos de la confidencialidad.

Por favor haga un círculo alrededor de TODAS las respuestas correctas para cada pregunta a continuación. (Puede haber más de una respuesta correcta.)

19. Los cuatro pilares de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes son:
- a. Confidencialidad
 - b. Privacidad
 - c. Respeto para las mujeres jóvenes y sus derechos
 - d. Participación de las mujeres jóvenes en todas las etapas de la prestación de servicios
 - e. Seguridad e idoneidad
 - f. Refutar la información errónea
 - g. Accesibilidad
20. ¿Entre los beneficios de una alianza entre personas jóvenes y adultas se encuentran cuáles de los siguientes?
- a. Cumplimiento de derechos y deseos
 - b. Las personas adultas tienen menos trabajo que hacer
 - c. Aprendizaje y empoderamiento
 - d. No hay beneficios
 - e. Mejorar la comunicación sobre temas difíciles
 - f. Reducir las barreras y mejorar los servicios de salud
21. ¿Cuál de los siguientes podría requerir consideraciones especiales para las mujeres jóvenes?
- a. Examen pélvico
 - b. Técnica de no tocar
 - c. Aspiración por vacío
 - d. Aborto con medicamentos
 - e. Esterilización

Por favor responda a continuación basándose en sus creencias actuales y en su nivel de adaptación. Haga un círculo alrededor de una sola respuesta para cada declaración.

	Favor de hacer un círculo alrededor de un solo número:				
	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Apoyo los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo hablando sobre la sexualidad de las personas jóvenes.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las personas jóvenes tienen derecho a recibir información correcta sobre la salud sexual y reproductiva.	1	2	3	4	5
Apoyo la prestación de servicios de anticoncepción a las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo trabajando para ampliar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de anticoncepción.	1	2	3	4	5
Apoyo la prestación de servicios de aborto a las mujeres jóvenes según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Apoyo el derecho de las mujeres jóvenes a decidir si tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con quién.	1	2	3	4	5
Me siento cómoda o cómodo trabajando para ampliar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las mujeres que buscan servicios de aborto seguro por voluntad propia deben considerarse capaces de dar su consentimiento informado para recibir esos servicios, según lo permita la ley en mi país.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las mujeres jóvenes merecen recibir servicios de aborto respetuosos sin ser juzgadas.	1	2	3	4	5
Estoy de acuerdo en que las personas jóvenes tienen derecho a participar al máximo en diseñar, proporcionar y evaluar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Me sentiría cómoda o cómodo observando un procedimiento de aborto en un joven.	1	2	3	4	5
Me sentiría cómoda o cómodo efectuando o ayudando a efectuar un procedimiento de aborto en una joven.	1	2	3	4	5
Estoy segura o seguro de mis valores personales respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Tengo opiniones contradictorias en cuanto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Puedo explicar claramente mis valores personales respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes.	1	2	3	4	5
Puedo explicar respetuosamente los valores respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que son contradictorios a los míos.	1	2	3	4	5
Siento empatía por las mujeres jóvenes que han tenido un aborto.	1	2	3	4	5
Todas las mujeres jóvenes deberían tener acceso a servicios integrales de aborto seguro.	1	2	3	4	5
El acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto debería restringirse a ciertas circunstancias.	1	2	3	4	5

Por favor vuelva a escribir en las próximas líneas el mismo conflicto de valores respecto a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que escribió en la encuesta preliminar al taller.

Pienso hacer lo siguiente en los próximos seis meses:	Favor de marcar una sola respuesta:		
Aprender más sobre la necesidad de las mujeres jóvenes en mi comunidad de recibir servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Crear mayor conciencia de la necesidad de las mujeres jóvenes en mi comunidad de recibir servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Abogar por ampliar el acceso de las mujeres jóvenes en mi comunidad a los servicios integrales de aborto seguro.	Sí	No	
Trabajar para disminuir las barreras a los servicios de aborto para las mujeres jóvenes que existen en mi comunidad/unidad de salud.	Sí	No	
Educar a la comunidad, incluidas las mujeres jóvenes, respecto a los servicios de aborto seguro.	Sí	No	
Remitir a las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto a servicios seguros.	Sí	No	
Forjar alianzas con personas jóvenes para mejorar los servicios de aborto para las mujeres jóvenes en mi comunidad/unidad de salud.	Sí	No	
(Para profesionales de la salud) Efectuar, o ayudar a efectuar, procedimientos integrales de aborto seguro en mujeres jóvenes.	Sí	No	No aplicable
(Para capacitadores clínicos) Capacitar a otros profesionales de la salud para que efectúen, o ayuden a efectuar, procedimientos integrales de aborto seguro en mujeres jóvenes.	Sí	No	No aplicable

Por favor proporcione algunos datos personales.

Su género: _____

Su afiliación religiosa: _____

Su principal afiliación profesional: (Por favor seleccione *una*)

_____ Gineco-obstetra

_____ Enfermera obstétrica

_____ Otro tipo de profesional de la salud (favor de especificar): _____

_____ Administrador/a de la unidad de salud

_____ Abogada o abogado

_____ Ministerio de salud

_____ Personal de una ONG

_____ Grupo de mujeres

_____ Profesional de los medios de comunicación

_____ Funcionario electo

_____ Otro (favor de especificar): _____

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Respuestas a la encuesta del taller

Las respuestas correctas aparecen en negritas.

1. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto continúan siendo una de las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad.
 - a. **Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
2. El género es lo mismo que el sexo.
 - a. Verdadero
 - b. **Falso**
 - c. No sé.
3. El estigma es una característica o un atributo por el cual una persona es menospreciada o considerada manchada.
 - a. **Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
4. Las mujeres jóvenes, por lo general, no buscan servicios de aborto seguro porque no tienen dinero.
 - a. **Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
5. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) establece que los niños, las niñas y las personas jóvenes tienen derecho a tomar decisiones de manera independiente, según sus aptitudes. El Comité de los Derechos del Niño (2011) determinó que esto se aplica al aborto.
 - a. **Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
6. El Comité de los Derechos del Niño (2009) afirma que las niñas y los niños de cualquier edad tienen derecho a recibir consejería y consejos médicos en privado y de manera confidencial solo con el consentimiento de la madre o el padre.
 - a. Verdadero
 - b. **Falso, sin el consentimiento de la madre o el padre.**
 - c. No sé.

7. El formulismo ocurre cuando las personas jóvenes participan al máximo en una alianza con personas adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso, las personas jóvenes son incluidas en nombre solamente.**
 - c. No sé.
8. Una alianza entre personas adultas y jóvenes implica tanto la participación voluntaria y significativa como la transferencia de responsabilidades a las personas jóvenes.
 - a. Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
9. Las unidades de salud deberían estar abiertas entre 9am y 5pm para asegurar el acceso de las mujeres jóvenes a éstas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso, el horario de atención al público debe ser lo más largo posible.**
 - c. No sé.
10. Se recomienda que las y los profesionales de la salud y demás personal con actitudes negativas hacia los servicios de aborto para las mujeres jóvenes, asistan a talleres de aclaración de valores.
 - a. Verdadero**
 - b. Falso
 - c. No sé.
11. Las sesiones de consejería con mujeres jóvenes generalmente son más cortas que las sesiones con mujeres adultas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso, pueden ser más largas.**
 - c. No sé.
12. El/la prestador/a de servicios de salud debe ayudar a la joven a tomar su decisión basándose en lo que sabe es lo mejor.
 - a. Verdadero
 - b. Falso, el/la prestador/a de servicios de salud debe ayudarla a comparar los beneficios y riesgos y solicitar su opinión antes de hacer sugerencias. Además, debe respetar la decisión final de la joven.**
 - c. No sé.
13. En el año 2003, aproximadamente _____ de las muertes mundiales relacionadas con el aborto inseguro ocurrieron entre mujeres jóvenes.
 - a. el 10 por ciento
 - b. el 25 por ciento
 - c. el 45 por ciento**

14. Una de las barreras sociales que las mujeres jóvenes enfrentan cuando buscan servicios de aborto seguro es:
- a. **Discriminación de género**
 - b. Costo
 - c. Transporte
 - d. Ninguna de las respuestas anteriores
15. El principio de la aptitud establece que las personas jóvenes que entienden que necesitan proteger su salud reproductiva y quienes solicitan servicios de salud reproductiva para ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva.
- a. con el consentimiento de la madre o el padre.
 - b. Sin la participación de la madre o el padre, excluyendo el aborto.
 - c. **Sin la participación de la madre o el padre, incluyendo el aborto.**
16. Una alianza exitosa entre personas jóvenes y adultas debe basarse en:
- a. Formulismo
 - b. **Confianza, respeto y valores cívicos**
 - c. Estereotipos de las personas jóvenes
 - d. Que las personas jóvenes siempre consigan lo que quieren
 - e. Las respuestas b y d
17. ¿Cuál de las siguientes estrategias podría disminuir las barreras económicas o logísticas a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes?
- a. Reducir el costo de los servicios de aborto.
 - b. Garantizar privacidad auditiva y visual durante la consejería y el procedimiento.
 - c. Crear una red de transporte dirigida por la comunidad.
 - d. Educar a la comunidad respecto a los aspectos específicos de las leyes.
 - e. **Las respuestas a y c.**
18. ¿Qué es lo primero que debe hacer el/la profesional de la salud o demás personal cuando se presenta una joven para recibir servicios de aborto seguro?
- a. Dejarla hablar antes de proporcionar más información.
 - b. Invitarla a hacer preguntas y solicitar su opinión.
 - c. **Afirmar que ha dado un paso positivo al buscar servicios seguros.**
 - d. Explicar y discutir los aspectos de la confidencialidad.

19. Los cuatro pilares de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes son:
 - a. Confidencialidad
 - b. Privacidad
 - c. Respeto para las mujeres jóvenes y sus derechos**
 - d. Participación de las mujeres jóvenes en todas las etapas de la prestación de servicios**
 - e. Seguridad e idoneidad**
 - f. Refutar la información errónea
 - g. Accesibilidad**
20. ¿Entre los beneficios de una alianza entre personas jóvenes y adultas se encuentran cuáles de los siguientes?
 - a. Cumplimiento de derechos y deseos**
 - b. Las personas adultas tienen menos trabajo que hacer
 - c. Aprendizaje y empoderamiento**
 - d. No hay beneficios
 - e. Mejorar la comunicación sobre temas difíciles**
 - f. Reducir las barreras y mejorar los servicios de salud**
21. ¿Cuál de los siguientes podría requerir consideraciones especiales para las mujeres jóvenes?
 - a. Examen pélvico**
 - b. Técnica de no tocar
 - c. Aspiración por vacío**
 - d. Aborto con medicamentos**
 - e. Esterilización**

Taller sobre los servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Formulario de evaluación del taller

META: La meta de este taller es concientizar a las y los profesionales de la salud y otras partes interesadas respecto a la importancia de garantizar el acceso de las mujeres jóvenes a servicios de aborto basados en los derechos, que sean participativos, seguros y adecuados clínicamente.

OBJETIVOS: Al final de este taller, cada participante podrá:

- Articular de qué manera sus percepciones y suposiciones podrían afectar sus interacciones con las mujeres jóvenes y la prestación de servicios de aborto a éstas.
- Demostrar más empatía para las mujeres jóvenes que buscan servicios de aborto.
- Articular de qué manera sus suposiciones sobre género y sexualidad podrían afectar sus actitudes hacia las necesidades de las mujeres jóvenes respecto a los servicios de aborto.
- Definir a una persona joven sexualmente saludable.
- Describir las diferentes barreras que encuentran las mujeres jóvenes cuando buscan servicios de aborto seguro.
- Identificar los derechos humanos, sexuales y reproductivos que apoyan el derecho de una joven a recibir servicios de aborto seguro.
- Describir su función para garantizar el derecho de una joven a recibir servicios de aborto seguro.
- Identificar sus suposiciones respecto a la capacidad de las mujeres jóvenes para tomar decisiones.
- Determinar si una joven puede ser considerada capaz de decidir si necesita servicios de aborto, empleando el “principio de la aptitud”.
- Explorar de qué manera pueden participar las mujeres jóvenes en los servicios y programas de aborto a nivel comunitario y clínico.
- Identificar estrategias para afrontar los retos que enfrentan las mujeres jóvenes cuando intentan acceder a los servicios de aborto, por ejemplo: motivar la participación de las personas jóvenes.
- Formular estrategias para mejorar el acceso a los servicios de aborto y la prestación de estos servicios a las mujeres jóvenes.
- Identificar las fortalezas y debilidades de una sesión de consejería sobre el aborto.

Por favor utilice la siguiente escala para calificar el taller por cada aspecto mencionado a continuación. En la sección de comentarios, por favor proporcione más información sobre la calificación y sugerencias para mejorar.

4 = totalmente de acuerdo 3 = de acuerdo 2 = en desacuerdo 1 = totalmente en desacuerdo

Calificación

El taller cumplió su meta y sus objetivos (ver más arriba).

Comentarios:

El taller estuvo bien organizado.

Comentarios:

Se trataron temas adecuados.

Comentarios:

El equipo facilitador utilizó métodos de capacitación eficaz.

Comentarios:

El equipo facilitador respondió a las necesidades de las y los participantes.

Comentarios:

Los materiales del taller (hojas para distribución, hojas de trabajo, etc.) fueron eficaces.

Comentarios:

Hubo suficientes oportunidades para discusión.

Comentarios:

El descanso, almuerzo y otros arreglos logísticos fueron satisfactorios.

Comentarios:

¿Qué sugerencias puede hacer para mejorar este taller en el futuro?

Sus comentarios y sugerencias generales:

Servicios de aborto para las mujeres jóvenes

Taller

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

Otorgada a

Nombre

Lugar

Fecha de conclusión

Firma

Horas dedicadas

¡es tu

